



HAL
open science

Un réseau périnatalité en gestation : enquête prospective auprès de 65 professionnels libéraux participant au Réseau Périnatalité en Région Haute-Normandie

Adeline Delarue

► To cite this version:

Adeline Delarue. Un réseau périnatalité en gestation : enquête prospective auprès de 65 professionnels libéraux participant au Réseau Périnatalité en Région Haute-Normandie. Gynécologie et obstétrique. 2008. dumas-00665967

HAL Id: dumas-00665967

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00665967>

Submitted on 3 Feb 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN
HOPITAUX DE ROUEN
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Un Réseau périnatalité en gestation :
Enquête prospective auprès de 65 professionnels libéraux
participant au
Réseau Périnatalité en Région Haute-Normandie.

Mémoire présenté par
Adeline DELARUE
Née le 23 juillet 1984

Diplôme d'Etat de sage-femme
Promotion 2008.

REMERCIEMENTS

Au Dr Jean GODARD,
Vice Président du Réseau périnatalité en région Haute-Normandie,
Directeur de ce mémoire,
Pour sa disponibilité et son soutien.

A Mme Catherine LEVEQUE,
Coordinatrice du Réseau périnatalité en région Haute-Normandie,
Pour son aide et ses précieux conseils.

A Mme Agnès HEBERT,
Sage-femme enseignante référente de ce travail,
Pour sa confiance et, sans qui, ce mémoire ne serait pas le même.

Aux professionnels participant au réseau
Qui ont répondu à cette enquête.

A mes parents et à ma sœur,
Pour leur patience, leur soutien et
A qui je dois ma réussite.

A Thomas,
Pour sa compréhension, sa présence
Moteur de ma persévérance.

A mes amis et proches
Essentiels à mon équilibre.

Aux êtres qui me sont chers
Partis trop tôt.

Aux nombreuses personnes,
Qui m'ont apporté de l'aide pour la réalisation de ce projet.

SOMMAIRE

▪	<u>INTRODUCTION</u>	p. 1
▪	<u>REVUE DE LA LITTERRATURE</u>	
1.	<u>LE RESEAU AU PROFIT DE LA SANTE.</u>	p. 2
1.1	DEFINITIONS.	p. 2
1.2	EVOLUTION DES RESEAUX.	p. 3
1.2.1	La naissance des réseaux.	p. 3
1.2.2	Légalisation des réseaux.	p. 4
1.2.3	Principes communs à tous les réseaux.	p. 5
1.2.4	Aire géographique et population concernée.	p. 6
1.2.5	Représentation des usagers.	p. 6
1.3	LE FINANCEMENT ET L'EVALUATION DES RESEAUX.	p. 7
1.3.1	Le financement.	p. 7
1.3.2	L'évaluation.	p. 7
1.4	LE RESEAU PERINATALITE EN HAUTE-NORMANDIE.	p. 9
1.4.1	Naissance du réseau périnatalité en Haute-Normandie.	p. 9
1.4.2	Les promoteurs.	p. 9
1.4.3	Objectif poursuivi.	p. 9
1.4.4	Le suivi conjoint des grossesses.	p. 10
2.	<u>LA COMMUNICATION ENTRE LES PROFESSIONNELS.</u>	p. 11
2.1	LES DIFFERENTS OUTILS UTILISES EN OBSTETRIQUE.	p.11
2.1.1	Le dossier médical.	p. 11
2.1.2	Le dossier médical partagé.	p. 11
2.1.3	Le dossier obstétrical.	p. 12
2.1.4	Le carnet de maternité.	p. 13
2.1.5	Le dossier périnatal partagé.	p. 14
2.1.6	Les autres moyens de communication.	p. 15
2.2	LE SECRET PROFESSIONNEL.	p. 15
2.2.1	Législation actuelle.	p. 16
2.2.2	Les dérogations au secret.	p. 17

3.	<u>LA SAGE-FEMME AU CŒUR DU RESEAU PERINATAL.</u>	p. 17
3.1	LA DEMOGRAPHIE EN HAUTE-NORMANDIE.	p. 17
	3.1.1 La démographie médicale.	p. 17
	3.1.2 Taux de natalité et grossesses enregistrées.	p. 18
	3.1.3 Répercussions sur le suivi des femmes.	p. 18
3.2	LES DEVOIRS DE LA SAGE-FEMME.	p. 19
	3.2.1 La continuité des soins.	p. 19
	3.2.2 Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles.	p. 19
	3.2.3 La sage-femme soumise au secret.	p. 20
3.3	LES MISSIONS AU SEIN DU RESEAU.	p. 20
	3.3.1 Le rôle de prévention.	p. 20
	3.3.2 Un interlocuteur privilégié.	p. 21
	3.3.3 Au centre de la prise en charge.	p. 21
	3.3.4 De nouvelles missions.	p. 21
	▪ <u>ENQUETE AUPRES DES PROFESSIONNELS</u>	8
1.	<u>HYPOTHESE.</u>	p. 23
2.	<u>MATERIEL ET METHODE.</u>	p. 23
	2.1 POPULATION.	p. 23
	2.2 EFFECTIF DE LA POPULATION.	p. 24
	2.3 QUESTIONNAIRE.	p. 25
	2.4 MOYENS.	p. 26
	2.5 RELANCES.	p. 27
	2.6 TESTS STATISTIQUE.	p. 27
3.	<u>RESULTATS.</u>	p. 28
	3.1 MODE D'ENVOI DU QUESTIONNAIRE.	p. 28
	3.2 MODE DE RETOUR DU QUESTIONNAIRE.	p. 28
	3.3 1ERE PARTIE : QUI ETES-VOUS ?	p. 29

3.4	2EME PARTIE : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION.	p. 34
3.5	4EME PARTIE: LA COMMUNICATION VILLE-HOPITAL.	p. 37
3.6	QUESTIONS FACULTATIVES : la part de chaque acteur potentiel dans l'organisation globale du suivi des grossesses.	p. 47
▪	<u>DISCUSSION</u>	p. 52
▪	<u>CONCLUSION</u>	p. 59
▪	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	
▪	<u>ANNEXES</u>	

INTRODUCTION

Les pouvoirs publics, par le décret du 9 octobre 1998, ont pour priorités l'amélioration du suivi de la grossesse, le développement de la prise en charge adaptée du nouveau-né et le renforcement de la sécurité en périnatalité.

Déjà, le plan de périnatalité de 1994, s'était fixé comme objectif premier la diminution de la mortalité périnatale et maternelle liée à la naissance. Sa mise en pratique a abouti à une amélioration des indicateurs de mortalité et à un développement du travail en réseau. Aussi, le plan 2005-2007 a été lancé pour poursuivre la modernisation et la sécurisation de l'environnement de la grossesse et de la naissance avec un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une approche plus humaine et plus individualisée. Il visait également à améliorer la connaissance du secteur et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent.

La Haute-Normandie se caractérise par des indicateurs de périnatalité moins bons que la moyenne sur le plan national, notamment en terme d'offre de soins. Dans ce contexte, cette région comme d'autres, a exprimé le souhait d'organiser les soins de périnatalité par une structure en réseau baptisée « Réseau Périnatalité en Région Haute-Normandie ».

Depuis 2001, cette organisation se doit, au vue de ses objectifs, de répondre aux besoins de la population mais aussi des multiples professionnels œuvrant dans le champ de la périnatalité. Elle organise pour cela, des actions pour le développement du suivi conjoint des grossesses.

L'ambition même de ce réseau impose d'en évaluer les impacts dans le but d'être plus à même d'en adapter les moyens mis en œuvre. Cette structure dynamique se doit sans cesse d'évaluer son fonctionnement et ses pratiques pour aboutir aux résultats visés. L'évaluation apparaît comme une obligation morale et vitale car elle permet de faire évoluer la structure et d'obtenir des financements.

Mais qu'en pensent les utilisateurs du réseau périnatalité Haut-Normand ?

C'est pourquoi, dans une première partie, nous tenterons de définir le terme « réseau » et détaillerons l'exemple du réseau périnatalité de notre région. Puis nous exposerons les buts, méthodes et limites de la communication entre la ville et l'hôpital. Enfin, la place de la sage-femme au sein de cette structure sera abordée.

Ce travail propose ensuite d'évaluer la satisfaction des professionnels libéraux participant aux actions du réseau et par la même, de décrire leur opinion actuelle de la communication entre la ville et l'hôpital, outil indispensable aux acteurs de la périnatalité pour le travail en réseau.

REVUE DE LA
LITTERATURE

1. LE RESEAU AU PROFIT DE LA SANTE.

1.1 DEFINITIONS.

Le terme de réseau a une origine très ancienne dont les connotations sémantiques sont encore présentes. Etymologiquement, le réseau s'enracine dans le terme latin « rete » qui veut dire le filet et se trouve dans « reticulum », petit filet. Les premières utilisations au XVII^e siècle désignent un tissu dont les chasseurs se servaient comme d'un piège (les rets) ou les dames comme d'une coiffe (la résille). (11)

Dans les années 1980, apparaissent les termes de réseau ville-hôpital, de réseaux de soins, de réseaux expérimentaux, etc., la notion de réseau étant liée à celle de filière. En 1996, pour la commission européenne, un réseau peut être considéré comme :

- ✓ une série de contacts connus et disponibles pour un individu, souvent base d'interactions et de support social, grâce auxquels les gens sont soutenus, estimés et peuvent se réaliser. C'est le réseau social ou familial ;
- ✓ ou une série de contacts par lesquels des professionnels partagent leurs expériences, leurs connaissances et sont dès lors soutenus et informés. C'est le réseau professionnel. (2)

Aujourd'hui, les réseaux de santé ont pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique (2). C'est ainsi que sont définis les réseaux de santé dans l'article 6321-1 du Code de la santé publique, institué par la loi du 4 mars 2002. Cette définition consacre le patient comme étant le centre de tout le système de santé.

Tout comme un réseau ferroviaire ou téléphonique, un réseau aujourd'hui renvoie à une structure matérielle, organisée et hiérarchisée. Il joue sur la relation ou, plus exactement, sur la possibilité de mise en relation, à un moment donné, de manière sûre et efficace de deux éléments qui, sans lui, ne pourraient pas se connecter ou nécessiteraient pour ce faire des moyens disproportionnés. Le fond commun de ces différents réseaux repose sur trois principes :

- ✓ Leur utilité : si un réseau ne sert pas, il ne se constitue pas. Il faut que chaque utilisateur ait un intérêt propre, mais que cet intérêt rejoigne un intérêt collectif.

En effet, un réseau n'a de substance que si plusieurs usagers y ont recours. Sans de multiples voyageurs, pas de réseau ferroviaire.

- ✓ Leur efficacité : il faut que l'usage attendu soit réalisé.
- ✓ Leur simplicité d'utilisation : tout réseau a ses barrières d'entrée, de la plus matérielle à la plus immatérielle : guichet de gare, code d'accès au réseau téléphonique...Quoi qu'il en soit, pour celui qui entre dans le réseau, les modalités de recours doivent paraître aussi naturelles que possible, à défaut, le réseau aura tendance à se rétracter. (1)

1.2 EVOLUTION DES RESEAUX.

Le principe de réseau ou de travail en réseau n'est pas récent. Bien avant la décennie 1980, des expériences de coordination entre structures et professionnels de la santé ont vu le jour. En effet, le premier exemple de réseau de soins retrouvé est celui du système psychiatrique de sectorisation. Dès 1960, cette sectorisation se donnait comme objectif le suivi des soins.

Mais le besoin s'est accru devant l'augmentation de la demande de soins liée au vieillissement de la population. Selon le dernier rapport du Haut Comité de la Santé Publique, les hommes de 60 ans ont, aujourd'hui, une espérance de vie de 20 ans et les femmes, une espérance de vie de 25 ans (2).

La mortalité est devenue très faible et est essentiellement causée maintenant par des maladies chroniques, l'augmentation des polyopathologies et des dégénérescences. En France, environ 7 millions de personnes souffrent d'une affection de longue durée qui mobilisent 52% des dépenses du Régime Général de la Sécurité Sociale (36).

L'émergence de la médecine spécialisée, segmentée, éclatée et pluri-professionnelle augmente en parallèle. La mise en relation de compétences multidisciplinaires variées dans l'intérêt du patient n'en est que plus compliquée.

1.2.1 La naissance des réseaux.

Pour répondre à des situations sanitaires et sociales de plus en plus complexes, des réseaux informels sont apparus vers le milieu des années 80 à l'initiative de médecins libéraux ou exerçant en institution, d'infirmiers et de pharmaciens ne pouvant plus faire face, dans les cadres traditionnels, aux pathologies complexes auxquelles s'ajoute parfois la précarité économique. Femmes et hommes de terrain confrontés à de

nouveaux besoins ont donc expérimenté et généralisé des pratiques coordonnées et coopératives, pour concourir au mieux-être des personnes (6, 28).

Les premiers réseaux gérontologiques visant l'accompagnement et le maintien à domicile des personnes âgées constituent des exemples du fonctionnement en réseau dans le secteur de la santé, apparus avant les années 80.

Dans les années 80, le SIDA génère la peur instinctive de l'épidémie dans des couches de plus en plus larges de la population. Il confronte les professionnels à l'échec thérapeutique et inquiète les pouvoirs publics, tant en terme de santé publique que de finances publiques. A cela s'ajoute l'incapacité structurelle du système de santé à apporter une réponse adaptée, rapide et satisfaisante aux patients infectés par le VIH. Pour les professionnels de santé, l'enjeu majeur est de relier, autour d'une même personne malade, l'ensemble des ressources nécessaires pour répondre à ses besoins, qu'ils soient médicaux, psychologiques ou sociaux. Les points de vue changent. Les soins ne s'organisent plus selon l'offre ou les contraintes de l'hôpital ou des professionnels de santé, mais c'est autour du patient que se définissent une organisation adaptée ainsi qu'un système de prestations coordonnées. Le patient est placé au centre du système, en ce sens, les réseaux de santé sont l'expression d'une évolution majeure du système de santé. (2, 6)

Visant en premier lieu la coordination entre les équipes hospitalières, les professionnels médicaux et paramédicaux exerçant en ville et les acteurs du champ social - assistantes sociales, éducateurs, services sociaux municipaux ou départementaux, associations - les réseaux de santé développent leur activité autour de quatre axes (6):

- ✓ l'analyse des besoins en terme de problématiques de santé,
- ✓ la formation pluri-professionnelle,
- ✓ la coordination des intervenants, autour de la personne comme auprès du professionnel afin de l'aider dans son exercice quotidien,
- ✓ la santé communautaire au travers d'actions d'information et de prévention associant les personnes malades et leur entourage.

1.2.2 Légalisation des réseaux. (1, 2, 6, 28)

Depuis 1991, les réseaux ont fait l'objet de nombreux développements dans les textes officiels mais il s'agit en grande majorité de circulaires ayant une portée limitée. Le 4 juin 1991, une première circulaire de la Direction Générale de la Santé et de la

Direction des Hôpitaux est publiée dont l'objet est de régir et d'harmoniser les réseaux ville-hôpital chargés de la prise en charge des personnes atteintes du VIH. Suivront près d'une vingtaine de textes similaires intéressant d'autres pathologies comme le cancer, la toxicomanie, l'alcoolisme ou les actions de santé en faveur des personnes les plus démunies, d'où l'appellation plus générale de "réseau de santé". Ces initiatives ne connaîtront pas un succès comparable à celui enregistré par le réseau SIDA.

En 1996 les réseaux sont légalisés par deux ordonnances, l'une relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée, l'autre relative à la maîtrise des dépenses de santé.

Dès 1998, devant les difficultés soulevées par l'agrément et le financement des réseaux, quelques régions décident de créer des comités régionaux des réseaux (CRR), composés essentiellement de représentants des promoteurs et des institutions de santé. En quelques années, ils vont permettre aux représentants des institutions et aux professionnels de travailler ensemble sur le concept, d'élaborer des critères communs de suivi et d'évaluation, de définir les conditions de pérennité d'un réseau.

La circulaire du 25 novembre 1999 offre une première synthèse en précisant les conditions de financement par l'État des "réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux".

Enfin, la loi du 4 mars 2002 renforce le rôle des réseaux dans le système de santé avec une modification de la sémantique car le terme de « réseau de santé » est officialisé en plus de celui de « réseau de soins ». Elle définit un cadre légal harmonisé.

1.2.3 Principes communs à tous les réseaux. (2, 6, 19)

Plusieurs principes sont communs à tous les réseaux :

- ✓ Le statut juridique sans qui l'obtention d'un financement est impossible. Les formes juridiques peuvent être variables, le plus souvent sous forme de statut associatif grâce à la loi de 1901.
- ✓ La charte, texte qui formalise les conditions pour en faire partie, elle décrit les droits et les devoirs des membres du réseau. Les droits des patients y sont souvent mis en avant.
- ✓ Les objectifs. En fonction de leur objet, les réseaux mettent en œuvre des actions de prévention, d'éducation, de soin et de suivi sanitaire et social. Chaque réseau définit son objet et les moyens nécessaires à sa réalisation. Il rappelle et fait connaître les principes éthiques observés dans ses actions mises en œuvre. Il met

en place une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques, s'appuyant sur des référentiels, des protocoles de prise en charge et des actions de formation destinées aux professionnels et intervenants du réseau, notamment bénévoles, avec l'objectif d'une prise en charge globale de la personne.

- ✓ Le financement.
- ✓ L'évaluation. Dès que le réseau reçoit un financement, une évaluation de son activité est obligatoire. Il convient d'évaluer, sur la base de critères objectifs et harmonisés, la pertinence et la qualité du réseau, la stabilité de son organisation et son efficience.

Il existe actuellement une quarantaine de réseaux de périnatalité en France.

1.2.4 Aire géographique et population concernée. (6, 22)

« Les réseaux de santé répondent à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie prenant en compte l'environnement sanitaire et social. »
Art. D. 766-1-2 du Code de la Santé Publique.

Le territoire d'un réseau est défini à partir de l'état des lieux en terme de données épidémiologiques en lien notamment avec l'Observatoire Régional de Santé (ORS), d'offre de soins et de besoins constatés. La population des femmes enceintes résidant sur ce territoire est la population cible du réseau périnatal.

Cette aire doit être définie en tenant compte des limites des réseaux voisins afin que l'ensemble de la population des femmes enceintes par exemple, soit prise en compte dans la région considérée.

La taille du réseau de santé doit lui permettre de remplir les objectifs définis dans le cahier des charges.

1.2.5 Représentation des usagers. (22)

Les usagers du réseau peuvent être représentés par toute association concernée par la périnatalité, la famille et/ou la petite enfance dans le cas d'un réseau de périnatalité.

1.3 LE FINANCEMENT ET L'ÉVALUATION DES RÉSEAUX.

1.3.1 Le financement. (1, 6, 22)

Depuis la loi du 21 décembre 2001, le financement des réseaux est clairement organisé grâce à l'article 36 (loi n°2001-1246 de financement de la sécurité sociale) qui instaure une Dotation Nationale Des Réseaux (D.N.D.R.). Cette dotation nationale n'est pas le seul mode de financement des réseaux.

Ainsi, selon l'Art. L. 6321-1 de la loi du 2 mars 2002, les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que des financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (O.N.D.A.M.). (41)

La circulaire du 12 décembre 2002 précise, quant à elle, que les réseaux doivent être assurés de pouvoir poursuivre leurs missions par des financements stables, dès lors que l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H.) et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (U.R.C.A.M.) font le constat qu'ils répondent à des besoins de santé et que leur action est utile. Ils ont la possibilité d'avoir recours simultanément à des sources de financement multiples comme le Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (F.A.Q.S.V.), outil de soutien au démarrage de projet. Depuis le 1^{er} juillet 2007, le F.A.Q.S.V. et la D.R.D.R. sont réunis donnant naissance au Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (F.I.Q.C.S.)

Ce système de financement est en évolution et il est lié au système d'évaluation.

1.3.2 L'évaluation. (1, 15, 16, 22, 24)

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins précise dans son article L6321-1 que les réseaux de santé procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. L'évaluation des réseaux de santé constitue un préalable indispensable à leur accréditation. L'évaluation participe à une démarche qualité et, à ce titre, repose sur deux approches complémentaires, l'auto-évaluation et l'évaluation externe.

Schématiquement, la démarche d'évaluation compte trois temps :

- ✓ un temps d'anticipation, qui doit répondre à quelques questions essentielles tels que : quelles données faut-il suivre ? pour quels objectifs ? avec quels moyens ?
- ✓ un temps de suivi, qui n'est envisageable que s'il a été préparé dans la phase précédente.
- ✓ un temps de réaction, qui n'est fructueux que si l'analyse du fonctionnement, et des dysfonctionnements, est élaborée à partir de données significatives, fiables et fidèles à la réalité.

C'est ainsi que s'ébauche le rapport d'évaluation qui peut alors ajuster les objectifs poursuivis, préciser les risques encourus et donc affiner les données à suivre. Le travail de l'évaluation consiste d'abord à s'assurer que le réseau mène bien ces actions, qu'il déploie une activité mesurable de prévention, d'éducation, de soin et de suivi sanitaire et social.

En référence à l'Art. R. 162-25 du code de la sécurité sociale, chaque réseau bénéficiant d'une décision de financement fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation. A cet effet le promoteur transmet aux directeurs de l'A.R.H et de l'U.R.C.A.M, trois mois avant le terme de la décision de financement, un rapport d'évaluation des procédures de financement et des actions du réseau.

L'Art. D. 766-1-7 du C.S.P. prévoit que chaque année, avant le 31 mars, les promoteurs du réseau transmettent aux représentants des organismes qui ont accordé les financements, un rapport d'activité relatif à l'année précédente comportant des éléments d'évaluation ainsi qu'un bilan financier et les documents comptables s'y rapportant. C'est l'auto-évaluation.

De plus, tous les trois ans, un rapport d'évaluation est réalisé permettant d'apprécier :

- ✓ Le niveau d'atteinte des objectifs,
- ✓ La qualité de la prise en charge des usagers,
- ✓ La participation et la satisfaction des usagers et des professionnels du réseau,
- ✓ L'organisation et le fonctionnement du réseau,
- ✓ L'impact du réseau sur l'environnement,
- ✓ L'impact du réseau sur les pratiques professionnelles.

C'est l'évaluation externe.

1.4 LE RESEAU PERINATALITE EN HAUTE-NORMANDIE.

1.4.1 Naissance du réseau périnatalité en Haute-Normandie.

Le Réseau Périnatalité en Région Haute-Normandie (R.P.R.H.N.) né en mai 2000 par la volonté conjointe des acteurs de terrain chargés d'accompagner la femme enceinte et le nouveau-né et de l'administration régionale de la santé chargée d'organiser les structures nécessaires au bon déroulement de la naissance par l'assemblée générale constitutive en date du 4 mai 2000. Cette création s'appuie sur la loi du 1^{er} juillet et le décret du 16 août 1901. (42)

Le réseau a pour ambition de couvrir tout le territoire de la région Haute-Normandie comprenant les départements de l'Eure et de la Seine-Maritime. Des professionnels de santé et des établissements des régions limitrophes peuvent être inclus si besoin.

1.4.2 Les promoteurs.

Les promoteurs du réseau sont les professionnels siégeant à la commission régionale de la naissance, en particulier ceux œuvrant dans la périnatalité, en secteur public ou privé dans les services d'obstétrique, de pédiatrie néonatale et de réanimation, en secteur libéral (médecins généralistes ou spécialistes, sages-femmes...), les professionnels de P.M.I et ceux exerçant dans les structures spécialisées qui suivent les jeunes enfants.(4, 22) Leur fonction est de promouvoir le réseau de santé périnatale de la région Haute-Normandie tel qu'il a été défini par le Schéma Régionale d'Organisation Sanitaire en Périnatalité. (27)

1.4.3 Objectif poursuivi.

Son objectif est de contribuer au fonctionnement et à la promotion du réseau de santé périnatale aussi bien en « amont » qu'en « aval » de la naissance en associant la médecine de ville et la médecine hospitalière en Haute-Normandie.

Ses actions sont multiples et variées et permettent d'harmoniser sur l'ensemble du territoire du réseau une prise en charge adaptée grâce à (22, 42) :

- ✓ L'organisation de réunions et d'actions de coordination,
- ✓ La mise en place de formations,

- ✓ La réalisation d'études épidémiologiques,
- ✓ Le développement de programmes de recherches et d'innovation,
- ✓ La circulation des informations,
- ✓ L'évaluation et l'acquisition de documentations et de matériels en rapport avec la réalisation des objectifs.

Cette prise en charge adaptée se définit par plusieurs critères :

- ✓ L'identification des risques et l'orientation des mères et des nouveau-nés vers des lieux de soins appropriés (niveau de proximité ou niveau I, niveau de recours ou niveau II et niveau de référence régionale ou niveau III),
- ✓ Les compétences des professionnels grâce au partage des informations du dossier médical et des pratiques utilisées, ainsi qu'au moyen de la diffusion de connaissances et la mise en œuvre de nouveaux outils technologiques,
- ✓ La qualité attendue par les patientes à l'aide de la globalité de la prise en charge.

1.4.4 Le suivi conjoint des grossesses.

Pour développer une prise en charge globale et adaptée de chaque grossesse, il était indispensable de créer de nouvelles méthodes de coordination entre les acteurs de la naissance.

Le Réseau Périnatalité en Haute-Normandie a fait naître une réflexion aboutissant à une proposition d'association plus étroite des 1800 généralistes au suivi conjoint des grossesses. C'était une nécessité pour notre région car il existe, comme ailleurs, une inadéquation entre le nombre de grossesses et le nombre de praticiens (42). Cette action a pour but :

- ✓ d'assurer en premier lieu une qualité accrue du suivi des grossesses,
- ✓ d'associer tous les acteurs concernés par la grossesse afin de palier à l'insuffisance de praticiens grâce à la coordination et la répartition des tâches,
- ✓ d'associer les couples à cette démarche volontaire,
- ✓ d'introduire une vraie culture de réseau entre tous les professionnels jusqu'aux couples.

Pour cela, il est proposé aux professionnels généralistes des formations ayant pour base des fiches synthétiques et pratiques. Elles constituent des points de repère, permettant au praticien de satisfaire au suivi des grossesses normales et de savoir déterminer quand, dans quel délai, dans quelles situations et où il doit adresser sa patiente. Elaborées avec le concours d'experts de toutes spécialités (obstétriciens,

gynécologues, sages-femmes, généralistes, pédiatres, autres spécialistes autant que de besoin...) ces fiches ont été validées par un collègue d'experts régionaux (42).

2. LA COMMUNICATION ENTRE LES PROFESSIONNELS.

La mise en place des réseaux conduit naturellement à la notion de communication des données entre acteurs de santé prenant en charge une femme enceinte ou son enfant.

2.1 LES DIFFERENTS OUTILS UTILISES EN OBSTETRIQUE.

La multiplicité des intervenants durant la grossesse nécessite un partage des informations et la possibilité de compléter le dossier par chacun. Ainsi, de multiples moyens de communication ayant chacun leurs avantages et leurs inconvénients peuvent être décrits. Chacun d'entre eux a pour objectif la fiabilité mais aussi l'économie de temps. En fonction des époques, ces moyens de communication évoluent avec le développement de nouvelles techniques.

2.1.1 Le dossier médical. (5, 42)

Le Code de la Santé Publique donne une définition précise du contenu du dossier médical. Il doit contenir les informations concernant la santé détenues par un professionnel ou un établissement de santé ayant contribué à l'élaboration et au suivi d'un acte de prévention, d'un diagnostic ou d'un traitement, ou fait l'objet d'échange écrit entre professionnels de santé.

Dans les éléments constitutifs du dossier, se retrouvent : les résultats d'examens, les comptes-rendus de consultation ou d'hospitalisation, ainsi que les protocoles et les prescriptions thérapeutiques, les feuilles de surveillance, les correspondances entre les professionnels de santé.

2.1.2 Le dossier médical partagé. (5, 26)

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoit la création d'un Dossier Médical Partagé (D.M.P) personnalisé, par voie informatique, pour tout bénéficiaire de l'assurance maladie, déposé auprès d'un hébergeur de données de santé

agrée. Le contenu est alimenté par chaque professionnel de santé exerçant en ville ou en établissement de santé qui y consigne les éléments de diagnostic et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins. C'est le patient qui donne son autorisation aux professionnels de santé lors d'une consultation ou d'une hospitalisation d'accéder au DMP et de le compléter.

L'application était prévue à compter du 1^{er} juillet 2007 mais des difficultés ont retardé sa mise en place.

2.1.3 Le dossier obstétrical. (8, 14-18, 37)

Avant 1980, chaque maternité possédait son propre dossier obstétrical empêchant toute comparaison et toute mise en commun des données périnatales.

Par la volonté de coordination entre les maternités, est né en 1980 le dossier AUDIPOG (Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie). Ne disposant que de données anciennes sur la santé périnatale en France, et en l'absence de structure d'observation continue, le Pr Claude SUREAU et son équipe ont mis en place le premier système de recueil d'informations, permanent et continu, sur la santé périnatale. Les professionnels de la naissance, par cette initiative, ont permis de combler ce vide institutionnel.

Ainsi, en 1994 est né, sous l'impulsion de professionnels volontaires, le Réseau Sentinelle AUDIPOG, structure unique et novatrice qui fournit annuellement une description des indicateurs de santé périnatale en France.

D'abord sous forme d'un dossier papier commun (composé de trois cahiers distincts), structuré et standardisé, le dossier Audipog permet un tronc commun d'informations du prénatal au néonatal en passant par le transfert in-utero. Aujourd'hui sous forme informatisée, il constitue une banque de données et cache derrière l'écran des fonctions essentielles : archivage des dossiers, communication des données, évaluation de l'activité.

Le dossier périnatal comprend :

- ✓ L'identification de la patiente,
- ✓ Les renseignements généraux et antécédents,
- ✓ Les antécédents obstétricaux,
- ✓ Le début et le déroulement de la grossesse (consultations et hospitalisations),
- ✓ L'accouchement et la naissance du ou des nouveau-nés,
- ✓ Le post-partum de la mère et du ou des nouveau-nés,

- ✓ Il peut être complété de dossiers spécifiques (échographies, anesthésie et transfert).

De cette façon, l'Audipog décrit chaque année, et ce depuis plus de 13 ans, l'état de santé des mères et des enfants. De 1994 à 2003, 180000 naissances ont été réunies. De plus en plus de médecins adressent au réseau sentinelle un nombre important de leurs dossiers pour donner une grande ampleur à ce qui porte maintenant le nom de « France-Périnat : réseau national d'information sur la naissance ». Ce réseau va de la femme enceinte à l'enfant hospitalisé à la naissance, sous l'impulsion des pédiatres membres de l'Audipog.

C'est par la participation active des médecins, sages-femmes et des personnels de secrétariat que la saisie des données des patientes est effectuée sur les logiciels de service ou directement sur le site internet de l'Audipog. (17) En retour, chacun est destinataire des résultats afin de confronter les pratiques du service à la « référence commune » du réseau Audipog. Depuis 1999, chaque membre peut accéder à la banque de données commune sur le site Audipog. (37)

L'évaluation des pratiques médicales est aujourd'hui au cœur des préoccupations des pouvoirs publics : elle fait partie des procédures d'accréditation des établissements dont l'HAS publie les résultats en ligne.

2.1.4 Le carnet de maternité.

Le carnet de grossesse est régi par l'article L. 2122-2 du Code de la Santé Publique. Son utilisation est décrite dans l'arrêté du 16 novembre 1990 relatif à son modèle et à son mode d'utilisation. (41)

Ce document, propriété de la patiente est d'une part, un carnet de liaison entre les différents praticiens qui vont suivre la grossesse et d'autre part, le carnet de santé maternité qui sert à informer la femme sur l'évolution de sa grossesse, ses droits, ses obligations et les diverses aides. Ce carnet peut être personnalisé par le département.

L'arrêté du 21 juin 2007 relatif au « carnet de santé maternité » précise qu'il doit être délivré avant la fin du 3^{ème} mois de grossesse, lors du premier examen prénatal. (41)

La future mère doit être informée que nul ne peut en exiger la communication et que toute personne appelée, de par sa fonction, à prendre connaissance des renseignements qui y sont inscrits, est soumise au secret professionnel.

A l'époque de sa création, le carnet devait être un document d'information et de responsabilisation pour les femmes et un outil de liaison entre les professionnels

médicaux. C'est pour cette raison qu'il contient un dossier médical autocopiant, permettant au médecin traitant de garder un exemplaire dans le dossier de la patiente (35).

Le nouveau carnet de maternité en vigueur depuis l'été 2007, est composé de trois parties :

- ✓ Un livret d'accompagnement de la grossesse qui comporte des espaces d'annotations,
- ✓ Des fiches pour compléter les informations,
- ✓ Un dossier prénatal de suivi médical à remplir par les professionnels de santé. Il peut être remplacé par le dossier utilisé dans le réseau de soins.

Le plan « périnatalité » 2005-2007 fait le constat que ce carnet est peu utilisé par le professionnel du fait de sa redondance avec les autres dossiers médicaux ou certificats qu'il doit remplir. En outre, les praticiens s'informatisent de plus en plus et les logiciels de suivi ne correspondent pas forcément au carnet de santé maternité (24).

2.1.5 Le dossier périnatal partagé. (4, 22, 27, 42)

Le dossier périnatal partagé est un dossier « réseau ». Il est défini par la circulaire du 30 mars 2006 relative au cahier des charges nationales des réseaux de santé en périnatalité. C'est un élément de fonctionnement du réseau car il est utilisé par tous ses membres. Chaque réseau construit le dossier périnatal qui lui convient. Son support est choisi de façon consensuelle (papier ou informatique) et comporte au minimum les données habituelles de suivi clinique, biologique et échographique ainsi que les items permettant de construire les indicateurs *péristat*.

La patiente conserve l'intégralité du dossier et le présente à chaque nouvelle consultation. Son dossier lui est remis lors de son inclusion dans le réseau selon les modalités décrites par celui-ci. Le professionnel garde une trace de la consultation ce qui implique une double saisie. L'établissement de santé doit lui aussi conserver un double de ce dossier.

Lorsque la patiente ne désire pas être incluse dans le réseau ou lorsque le professionnel qui la prend en charge n'en n'est pas un des membres, il apparaît néanmoins nécessaire que ce dossier réseau lui soit donné. L'organisation permettant cette distribution est envisagée localement en lien avec les différents acteurs concernés.

Le dossier périnatal et le carnet de maternité apparaissent donc complémentaires : les éléments relatifs au dossier médical (feuillet autocopiant

détachables) migrent vers le dossier périnatal et le carnet de maternité garde lui, ses fonctions d'éducation et d'information pour la patiente.

La mise en œuvre d'un tel dossier n'en est qu'à ses débuts mais reste un objectif pour l'amélioration du partage des informations. Des travaux en cours au plan national doivent permettre un déploiement de ce type de dossier partagé au sein de l'ensemble des réseaux de santé en périnatalité.

2.1.6 Les autres moyens de communication. (5)

Les autres moyens de communication sont plutôt utilisés pour un partage ponctuel des informations. Ils sont, pour les plus utilisés : le courrier papier, le téléphone, le fax ou encore le courrier électronique. Ils ne se substituent pas au dossier de la patiente mais permettent d'y apporter des précisions, en réduisant le délai de réponse ou encore en évitant à la patiente de se déplacer entre les différents intervenants.

Le téléphone permet d'effectuer des transmissions en temps réel lors du transfert d'une patiente vers un établissement par exemple. L'interlocuteur peut ainsi émettre son avis et avoir des réponses à d'éventuelles questions, tout en limitant la perte de temps. Il est aussi souvent utilisé pour obtenir des précisions sur l'évolution de la grossesse d'une patiente ou connaître des résultats d'examen. Cependant, dans le but de ne pas violer le secret médical, ce mode de communication n'est pas recommandé pour le partage d'informations.

Le courrier papier est très souvent utilisé entre la ville et l'hôpital, ou de l'hôpital vers la ville. Il permet d'informer le destinataire de l'évolution de la grossesse d'une patiente, des éléments de surveillance, de faire parvenir des comptes-rendus d'hospitalisation ou d'accouchement, ou encore de l'avertir d'une prise en charge spécifique. Le fax et le courrier électronique (e-mail) ont des utilités qui se rapprochent fortement du courrier papier mais réduisent considérablement le délai de transfert.

2.2 LE SECRET PROFESSIONNEL.

Louis PORTE, 1^{er} Président de l'Ordre des médecins (1943) disait : « *Il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance et de confiance sans secret.* »

Le devoir de silence, solennellement exprimé pour la première fois dans le serment d'HIPPOCRATE au Vème siècle avant J.C. est un principe essentiel à la déontologie médicale.

La France a été le premier pays européen à introduire dans sa législation la protection du secret médical. En effet, il a reçu la garantie de la loi sous l'Empire avec la promulgation, en 1810, du Code pénal Napoléonien, dont l'article 378 est demeuré en vigueur jusqu'en 1994, date à laquelle il sera remplacé par le nouveau Code Pénal à l'article 226-13. (5)

2.2.1 Législation actuelle. (5, 41)

En Europe, le secret professionnel a pour origine le respect du droit à la vie privée, consacré en premier lieu par la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Cette convention signée à Rome le 4 novembre 1950 garantit dans son article 8 les droits de toute personne au respect de sa vie privée, familiale, de son domicile et de sa correspondance. Ce principe n'apparaît en France qu'en 1970.

Le Code de la Santé Publique précise la portée et les dérogations du secret. La portée du secret conduit à préciser les personnes protégées et celles tenues au secret :

- ✓ Les personnes protégées sont toutes celles prises en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins. Elles ont droit au respect de la vie privée et du secret des informations les concernant.
- ✓ Les personnes tenues au secret ont été définies par la Jurisprudence. Ce sont tous les professionnels de santé ou intervenants mais aussi toutes personnes en relation par ses activités avec les établissements de santé ou organisme participant à la prévention et aux soins, auxquels s'ajoutent d'autres professions tels que les banquiers, les notaires, les conseillers juridiques et les prêtres.

L'article 226-13 du Code Pénal énonce que la révélation du secret par une personne qui en est dépositaire, soit par son état, soit par sa fonction est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000€ d'amende.

2.2.2 Les dérogations au secret. (5, 42)

L'article 226-14 du Code Pénal précise que l'article 226-13 n'est pas applicable dans le cas où la loi impose la révélation du secret ou dans le cas où une personne informe les autorités judiciaires, médicales, ou administratives de privations ou de sévices.

Le secret partagé fut une notion imprécise jusqu'à la circulaire Santé-Justice du 21 juin 1996. Il n'est applicable que si l'échange des informations relatives à un patient se fait entre deux ou plusieurs professionnels de santé. Il ne peut se faire que si deux conditions sont respectées:

- ✓ le patient est averti et non opposé,
- ✓ l'échange a pour but d'assurer la continuité des soins et de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible en s'assurant que la personne recevant l'information est elle-même soumise au secret.

La loi du 4 mars 2002 introduit de nouvelles dispositions qui permettent aux professionnels de mettre en commun des informations sans trahir le secret : obligation de discrétion et de réserve.

3. LA SAGE-FEMME AU CŒUR DU RESEAU PERINATAL.

3.1 LA DEMOGRAPHIE EN HAUTE-NORMANDIE.

3.1.1 La démographie médicale.

Dans notre région, il existe, comme ailleurs, une inadéquation entre le nombre de grossesses à prendre en charge et le nombre de praticiens (26).

En effet, au 1^{er} janvier 2007, la Haute-Normandie compte 516 sages-femmes dont 39 libérales (39) et la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (D.R.E.E.S) estimait une population de (34):

- ✓ 2546 médecins généralistes dont 1777 exerçant à titre libéral
- ✓ 64 gynécologues médicaux (dont 1 seul gynécologue médical salarié)
- ✓ 112 gynécologues-obstétriciens (dont 47 libéraux).

La crise démographique médicale touchant notre région est plus importante que dans les autres régions : il n'est enregistré qu'une installation nouvelle d'obstétricien

tous les trois ans. D'ici 5 ans, 66% des obstétriciens en exercice atteindront l'âge de 60 ans.

De plus, tous les postes de sages-femmes ne trouvent pas de candidates, tant dans les maternités publiques que privées ou dans les structures de P.M.I. (42, 43)

Le nombre de maternités est passé de 22 à 17, dont 2 de niveau III (ROUEN et LE HAVRE).

3.1.2 Taux de natalité et grossesses enregistrées. (43)

Parallèlement, les femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) constituent une population de 437 492 individus. La D.R.A.S.S en 2004 a enregistré 52,3 naissances pour 1000 femmes appartenant à cette tranche d'âge ce qui représentent 22870 naissances en Haute-Normandie cette année là. En 2006, 23406 grossesses ont été enregistrées en Haute-Normandie.

3.1.3 Répercussions sur le suivi des femmes.

Selon le décret du 14 février 1992, les examens médicaux obligatoires des femmes enceintes prévus à l'article L.154 du code de la santé publique sont au nombre de sept pour une grossesse évoluant jusqu'à son terme suivi d'un examen postnatal 8 semaines après l'accouchement. A ces consultations, s'ajoutent trois échographies prénatales recommandées par la HAS.

En 2003, en France, 24.3% des grossesses ont été déclarées chez le médecin traitant et 15.4% des femmes ont consulté au moins une fois le médecin généraliste pendant leur grossesse (8).

En ce qui concerne la pratique des accouchements, d'après le réseau Audipog, en France, aujourd'hui, 60% des accouchements sont effectués par des sages-femmes et 40 % par des gynécologue-obstétriciens. Lorsqu'il s'agit de grossesses à bas risque (futures mamans entre 18 et 35 ans, sans aucun antécédent ni pathologie, avec un bébé qui se présente bien), les accouchements sont pris en charge par des sages-femmes dans 70% des cas. (17, 39)

La profession de sage-femme a des compétences définies et encadrées qui lui confèrent une autonomie de prise de décisions et de responsabilités. Ces compétences lui permettent d'obtenir une place centrale dans le suivi de la grossesse.

3.2 LES DEVOIRS DE LA SAGE-FEMME.

La sage-femme est soumise à un code de déontologie présenté dans un style de rédaction quasiment identique aux dispositions applicables aux médecins et aux chirurgiens-dentistes. Ce code est énoncé dans sa totalité dans la quatrième partie du Code de la Santé Publique. Seuls les articles ayant trait au réseau sont évoqués.

3.2.1 La continuité des soins. (23, 41)

Selon l'article 4151-1 du CSP, l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant. A l'article L. 6146-7 du CSP, relatif à l'exercice de la profession dans les établissements de soins, il est précisé que les sages-femmes sont responsables de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence.

Dès que les circonstances l'exigent, elle doit proposer la consultation d'un médecin (Art. R4127-361 du CSP). Après la consultation ou l'intervention du médecin appelé, la sage-femme reprend, en accord avec la patiente, la direction des soins sous sa propre responsabilité (Art. R4127-362 du CSP).

3.2.2 Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles. (20, 23, 41)

L'article 4127-304 du CSP énonce l'obligation pour la sage-femme d'entretenir et de perfectionner ses connaissances pour assurer l'acquisition de nouvelles techniques dans les limites de sa capacité professionnelle. Elle doit permettre à chacune d'elle d'assurer « des soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né » (Art. 4127-325 du CSP). Cette formation médicale continue (FMC) relève à la fois de la responsabilité individuelle mais aussi de la responsabilité collective de la profession qui doit participer à la politique de promotion et de la qualité des soins.

La loi de santé publique du 9 août 2004 a instauré l'obligation de FMC et précise que celle-ci est satisfaite notamment par tout moyen permettant d'évaluer les

compétences et les pratiques professionnelles (EPP). Selon la définition de la Haute Autorité de Santé, l'EPP consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par elle-même et inclut la mise en œuvre et le suivi des actions d'amélioration. L'EPP n'est pas encore à ce jour obligatoire pour les sages-femmes bien que nombreuses d'entre-elles y participent déjà activement au sein de leur équipe.

3.2.3 La sage-femme soumise au secret. (23, 41)

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance de la sage-femme dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié mais aussi ce qu'elle a vu, entendu ou compris. Elle doit veiller, d'une part à ce que les personnes qui l'assistent dans son travail soient instruites de leur obligation en matière de secret professionnel et s'y conforment et d'autre part, veiller à la protection contre toute indiscrétion de ses dossiers médicaux et de tout autre document qu'elle peut détenir concernant ses patientes (Art. 4127-303 du CSP).

3.3 LES MISSIONS AU SEIN DU RESEAU.

La réflexion des acteurs de la naissance sur la place de la sage-femme dans le réseau témoigne de l'importance de ses missions au sein de celui-ci.

Florence CORNILLOT a mis en avant dans un de ses travaux, le rôle de la sage-femme dans les réseaux de périnatalité au travers des témoignages de professionnels divers et variés participant à ces réseaux. Elle a ainsi pu mettre en évidence leurs grandes responsabilités (23, 29).

3.3.1 Le rôle de prévention.

La mise en place de l'entretien précoce de grossesse aussi appelé entretien du 4^{ème} mois répond à l'un des objectifs du plan périnatalité 2005-2007 (24). Les sages-femmes ont, pour certaines d'entre elles, saisi l'opportunité d'étendre leur champ de pratique avec la réalisation de cet entretien, ou de le renforcer en ce qui concerne les sages-femmes de PMI. C'est une initiative innovante qui permet aux sages-femmes de s'approprier et de renforcer leur rôle d'information et d'orientation des futurs parents dans leur projet de naissance et d'évaluer le risque médical, social et psychologique.

3.3.2 Un interlocuteur privilégié.

Le champ d'intervention de la sage-femme concerne les soins techniques obstétricaux, la sélection du niveau de risque approprié et l'environnement social de la femme. Elle répond au bien-être et à la sécurité de la parturiente et de l'enfant. Sa responsabilité dans le réseau est de pouvoir mobiliser ses compétences pour répondre au plus proche aux besoins du couple. En effet, le champ de compétence de la sage-femme s'étend de la déclaration de grossesse à la rééducation périnéale en passant par l'accouchement, la visite post natale, ce qui lui permet d'établir une prise en charge complète et à long terme de la femme, du couple et de son enfant ainsi que de les conseiller à chaque étape du suivi.

La sage-femme consultante est un interlocuteur privilégié même si cet interlocuteur peut changer au cours du parcours de prise en charge du couple. C'est la patiente qui choisit son référent, néanmoins le professionnel doit savoir passer la main au moment nécessaire. La responsabilité de chacun est de pouvoir reconnaître ses propres limites et de savoir identifier les personnes ressources qui vont pouvoir prendre le relais.

3.3.3 Au centre de la prise en charge.

Les sages-femmes sont formées pour assurer de façon autonome le suivi et l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement normal. Dans les grossesses à risque et la pathologie, elle est la collaboratrice du médecin et actrice d'un réseau de prise en charge coordonnée. La sage-femme dans le réseau se situe à l'interface entre les autres professionnels de la naissance et la patiente. C'est une position qu'elle connaît bien car c'est celle qu'elle occupe déjà au sein du plateau technique. Elle bénéficie d'une vision globale de la patiente dans sa dimension médicale, obstétricale, psychologique et sociale : elle se situe à l'intersection des différents acteurs de la naissance.

3.3.4 De nouvelles missions.

La majorité des réseaux de périnatalité régionaux sont coordonnés par une sage-femme. Selon l'enquête nationale sur les réseaux de Bernard BRANGER (médecin coordinateur du réseau Sécurité Naissance-Naître ensemble en Pays de la Loire) 21

réseaux sur 38 ayant donné des informations sur leur équipe de coordination ont une sage-femme assumant directement le rôle de coordinatrice, à plein temps ou non. Ces postes requièrent des compétences de management, d'organisation et de comptabilité. Le rôle de coordination est de mener l'action collective d'une équipe pluridisciplinaire vers une direction qui donne sens aux missions de chacun et semble accorder une grande autonomie d'organisation et d'initiatives aux sages-femmes. (21)

Les sages-femmes inscrites au réseau peuvent, en association avec les autres professionnels, aider à l'élaboration de conduites à tenir et de protocoles communs, à l'optimisation des transferts périnataux, travailler sur l'informatisation des dossiers obstétrico-pédiatriques, promouvoir l'allaitement maternel, et améliorer l'information des patientes.

L'adhésion au réseau permet aussi aux sages-femmes d'enrichir leur pratique professionnelle. Elle permet de les sensibiliser aux modifications importantes dans le domaine de la santé publique pour qu'elles aient une lecture plus globale de leurs missions. Elle limite ainsi les cloisonnements entre les différents secteurs où elles exercent.

Enfin, la dynamique de réseau permet à chaque sage-femme de s'interroger sur ses propres pratiques et de participer à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Florence CORNILLOT a pu constater que l'organisation en réseau ne modifie pas fondamentalement les pratiques professionnelles de ses membres. Elle apporte un éclairage nouveau sur la dynamique des acteurs basée sur la coopération et la reconnaissance de l'interdisciplinarité dans le réseau. La sage-femme est acceptée non pas en tant que concurrente mais en tant qu'articulation. Cela constitue un enjeu majeur pour la profession. (29)

Les réseaux sont en permanente évolution. Leurs actions, multiples et variées, ont pour objectif de satisfaire aux besoins d'une population. Mais qu'en est-il de la satisfaction des acteurs qui y participent ?

C'est dans le but de répondre à cette interrogation qu'une enquête a été réalisée auprès des professionnels de la périnatalité.

ENQUETE AUPRES DES
PROFESSIONNELS

1. HYPOTHESE.

Depuis plusieurs années, dans le domaine de la santé, le travail en réseau se développe. Ce fonctionnement en réseau améliore la communication des différents professionnels intervenants dans le parcours médical des patientes. Mais qu'en est-il réellement dans notre région?

Une enquête prospective, à visée descriptive et informative a permis d'évaluer le niveau de satisfaction des acteurs concernant les actions mises en œuvre par le Réseau Périnatalité en Haute-Normandie ainsi que leur vision de la communication entre la ville et l'hôpital.

2. MATERIEL ET METHODE.

2.1 POPULATION.

Cette enquête a été effectuée à partir de questionnaires (Annexe I) distribués auprès des professionnels libéraux ayant suivi une ou plusieurs formations autour de la périnatalité. Ces formations se sont déroulées sur une période allant du 14 octobre 2006 au 13 octobre 2007.

Durant cette année, le Réseau Périnatalité en Haute-Normandie a organisé:

- ✓ la formation du 14 octobre 2006 intitulée « Rôle du médecin traitant dans le dépistage des facteurs de risque des futures grossesses et le dépistage précoce des anomalies neurologiques du nourrisson »,
- ✓ la matinée du 13 octobre 2007 sur le thème de l'« Hypertension artérielle et grossesse ».

Ces formations sont basées sur le volontariat et les professionnels y participant doivent faire partie du réseau ou alors doivent s'y inscrire. Elles sont composées :

- ✓ D'une information aux professionnels sur le fonctionnement du réseau,
- ✓ Des priorités d'action en terme de santé périnatale dans notre région,
- ✓ D'ateliers de formation et d'interventions de spécialistes autour des thèmes de la journée,
- ✓ D'une présentation de l'offre de Formation Médicale Continue (FMC).

A la fin de ces journées, ont été distribuées aux professionnels ayant suivi les ateliers :

- ✓ Des fiches de suivi de grossesse (ou protocoles communs)
- ✓ Des fiches de liaison destinées à la communication entre ville et hôpital utilisées lors de la découverte d'une pathologie de la grossesse.

En complément de ces journées, une offre de soirées de FMC a été mise en place pour les participants et leurs associations locales habituelles. Six formations en soirées ont été organisées durant le premier semestre de 2007 :

- ✓ le 11 janvier 2007 « Fièvre et grossesse » organisée par l'Association des Généralistes de Haute-Normandie pour la Formation Médicale Continue (AGHFMC),
- ✓ le 16 janvier 2007 « Fièvre et grossesse » par l'Association des Médecins du Cailly (AMC),
- ✓ le 15 février 2007 « Syndromes vasculo-rénaux de la grossesse » par l'association de FMC de Pavilly,
- ✓ le 15 mars 2007 « Diabète et grossesse » organisée à Rouen,
- ✓ le 5 avril 2007 « Diabète et grossesse » à Pavilly,
- ✓ le 31 mai 2007 « Dysthyroïdies et grossesse » à Pavilly.

Ces formations ont été proposées en priorité aux professionnels libéraux (médecins généralistes, médecins et sages-femmes de PMI, gynécologues et pédiatres de ville, sages-femmes libérales...) c'est la raison pour laquelle cette enquête a été effectuée auprès de ces professionnels dans le but d'évaluer les impacts du réseau sur leur pratique quotidienne.

2.2 EFFECTIF DE LA POPULATION.

Ainsi, 200 professionnels faisaient partie de nos critères d'inclusion et se distribuaient de la façon suivante :

- ✓ 122 médecins généralistes dont 48 ayant participé à une ou plusieurs soirées de FMC,
- ✓ 4 pédiatres,
- ✓ 4 gynécologues,

- ✓ 70 professionnels ayant participé à la matinée du 13 octobre 2007, dont les spécialités n'ont pas été répertoriées. Les questionnaires ont été distribués lors de cette matinée.

2.3 QUESTIONNAIRE.

Il était composé de quatre parties distinctes :

- ✓ La première partie « *Qui êtes-vous ?* » ayant pour but de définir l'exercice du professionnel en ce qui concerne la périnatalité : son identité (facultative), sa spécialité, son lieu d'exercice, le niveau de la maternité la plus proche et son éloignement, l'année de thèse et d'installation, le nombre de grossesses suivies et déclarées dans l'année, son appartenance au réseau périnatalité, à une association de FMC et ses motivations pour participer aux formations.
- ✓ La deuxième partie « *Questionnaire de satisfaction.* » tentait d'évaluer l'impact des formations et des actions mises en œuvre par le réseau. Elle précise celles auxquelles il a participé et comment il en a eu connaissance.
- ✓ La troisième partie « *La communication ville-hôpital* » tendait à faire définir plus particulièrement le niveau de satisfaction concernant la communication entre les différents professionnels œuvrant dans le domaine de la périnatalité : fréquence et qualitatif de la communication avec l'hôpital, partage des examens complémentaires, envoi des comptes-rendus, moyens de communication et une partie consacrée aux échanges spécifiques avec les sages-femmes.
- ✓ La dernière partie était constituée de quatre questions ouvertes, facultatives, ayant pour but de faire préciser la vision sur la part du médecin généraliste, de la sage-femme, de l'obstétricien et du gynécologue dans l'organisation globale du suivi des grossesses.

2.4 MOYENS.

Dans le but d'évaluer l'efficacité des différents moyens de communication utilisés dans la pratique quotidienne, nous avons décidé de faire parvenir le questionnaire aux professionnels concernés par différents moyens.

Trois modes de distribution ont été utilisés :

- ✓ le courrier postal,
- ✓ le courrier électronique (e-mail),
- ✓ la remise en mains propres (lors de la formation du 13 octobre 2007).

Le choix de la répartition a été fait en fonction de la disponibilité des coordonnées de chacun, l'adresse e-mail inconnue était la condition pour que l'envoi soit fait par courrier papier.

Deux formats de questionnaire ont été créés, le premier en format « Word » classique pour le questionnaire papier (2 pages A4 recto-verso), et le second en format « Excel » pour la voie informatique. Ce deuxième type a donc été envoyé par e-mail après la création d'un groupe de destinataires regroupant tous les professionnels interrogés par ce biais, dont les identités étaient cachées afin de maintenir l'anonymat de chacun. Envoyé en pièce jointe, il était accompagné d'une lettre explicative de l'enquête ayant pour entête celle du Réseau Périnatalité en Haute-Normandie et cosignée par le Dr GODARD, vice président de celui-ci (Annexe II). Cette lettre accompagnait aussi les questionnaires envoyés par courrier postal.

Ce format informatique a été créé pour que le professionnel puisse répondre directement sur son ordinateur en cochant les cases lui correspondant avec la possibilité d'inscrire du texte pour les précisions ainsi que pour les questions ouvertes. Cela évitait donc la perte de temps due au renvoie du questionnaire papier, en effet, il ne suffisait que d'enregistrer les modifications apportées et de le renvoyer « en un clic » à l'expéditeur.

Le renvoie du questionnaire pouvait se faire également par courrier, par mail ou bien par fax par l'intermédiaire du secrétariat du Réseau de Périnatalité.

Pour le premier envoie effectué dès le 20 septembre 2007, la distribution était la suivante :

- ✓ 81 e-mails,
- ✓ 49 courriers postaux,
- ✓ 70 distribués en main propre le 13 octobre 2007.

2.5 RELANCES.

Au 31 octobre 2007, le taux de réponses au questionnaire était de 25% ce qui correspond à 50 renvoyés dont :

- ✓ 28 par courrier soit 57% de ceux envoyés par courrier postal,
- ✓ 5 par e-mail soit 6% des e-mails envoyés,
- ✓ 7 par fax soit 14% de ceux envoyés par courrier postal,
- ✓ 10 rendus immédiatement après la distribution lors de la matinée du 13 octobre 2007 soit 14% de ceux distribués.

Deux méthodes ont été choisies pour cette relance. La première par e-mail pour les professionnels n'ayant pas répondu au premier envoi par ce même moyen.

Elle a permis de réunir 5 questionnaires par e-mails supplémentaires menant le taux de réponse par ce mode à 14%.

La seconde par téléphone, auprès des professionnels ayant déjà reçu le questionnaire par courrier. 36 professionnels ont été relancés par ce biais :

- ✓ 12 ne souhaitant pas répondre à l'enquête par manque d'intérêt ou de temps,
- ✓ 10 injoignables,
- ✓ 6 messages laissés aux secrétaires sans réponses ultérieures,
- ✓ 1 ayant déjà répondu,
- ✓ 7 ayant renvoyés le questionnaire rempli suite à cet appel téléphonique.

Au total, 65 questionnaires ont été retournés portant le taux de réponses de cette enquête à 32,5%.

2.6 TESTS STATISTIQUES.

Afin de déterminer si les réponses aux différentes questions différaient significativement selon les groupes étudiés, des tests statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel épi-info 6. Ainsi des tests du chi² et de Fisher au seuil de 5% ont été réalisés pour le croisement de certaines variables qualitatives.

3. RESULTATS.

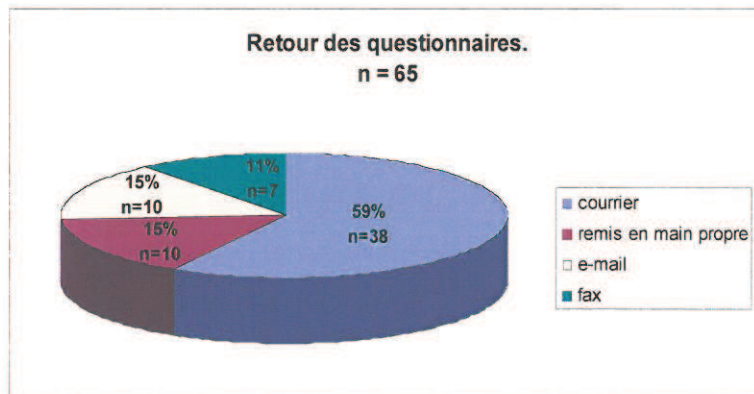
3.1 MODE D'ENVOI DU QUESTIONNAIRE.

Sur les 200 questionnaires distribués, 65 ont été renvoyés dont :

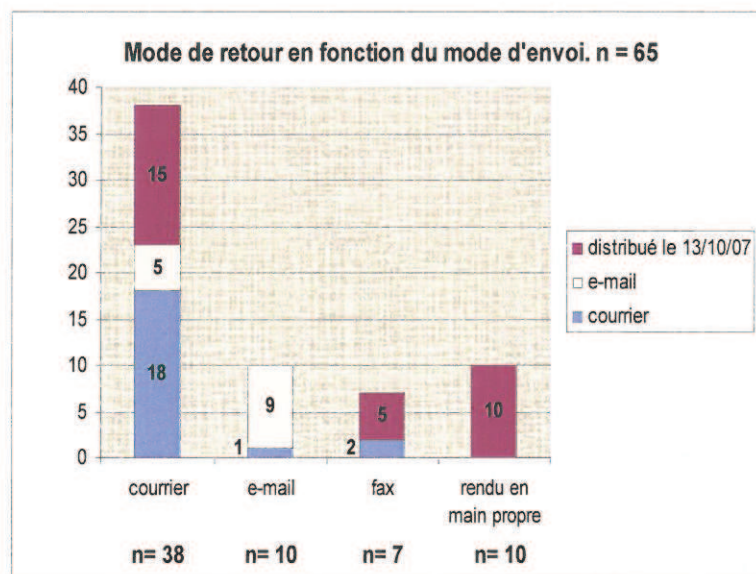
- ✓ 30 ayant été distribués lors de la matinée du 13 octobre 2007 soit 46%.
- ✓ 21 ayant été envoyés par courrier soit 32%.
- ✓ 14 ayant été envoyés par e-mail soit 22%.

Aucun questionnaire n'a été envoyé par fax.

3.2 MODE DE RETOUR DU QUESTIONNAIRE.



Le graphique ci-dessous précise la répartition des différents modes de retour des questionnaires en fonction du mode d'envoi.



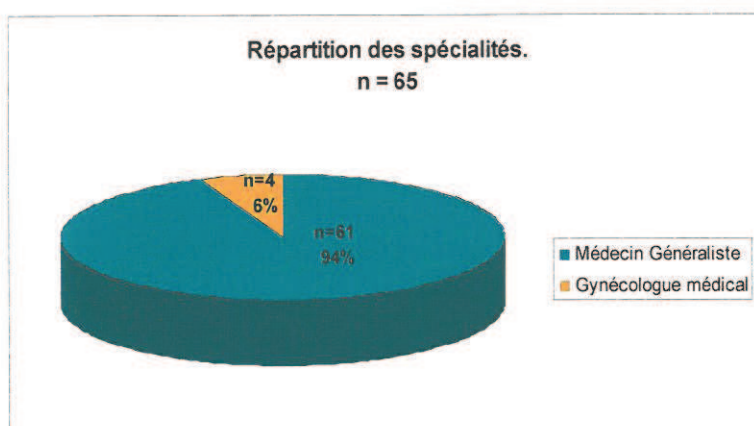
3.3 PREMIERE PARTIE : QUI ETES-VOUS ?

- Identification nominative du professionnel.

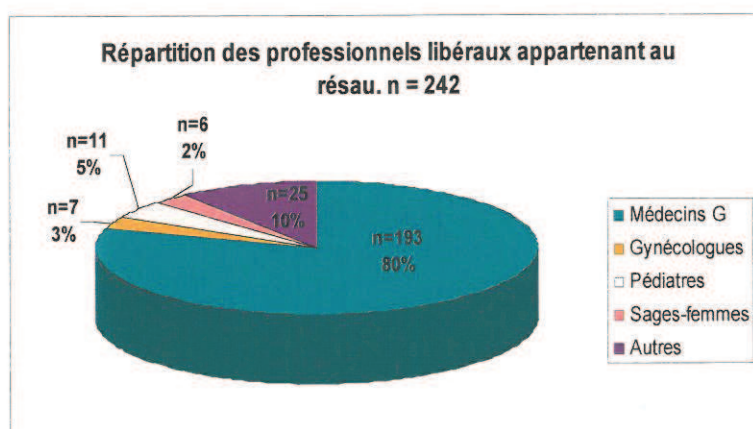
L'identification du professionnel au début du questionnaire était facultative, il était précisé que le traitement des données était anonyme.

- ✓ 44 ont été identifiés soit 68%,
- ✓ 21 étaient anonymes soit 32%.

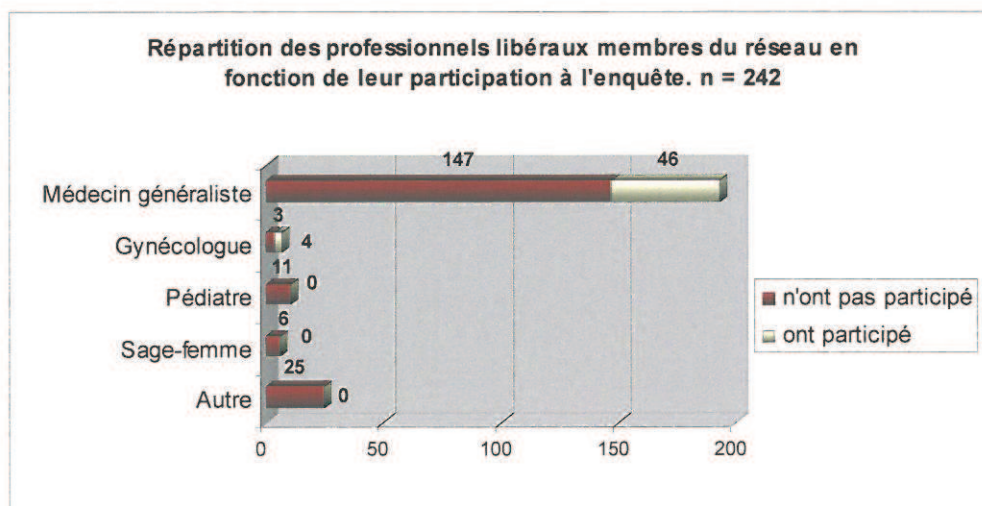
- Question n°1 : les spécialités.



Le graphique ci-dessous représente la répartition des 242 professionnels libéraux membres du Réseau Périnatalité en Haute-Normandie (38). Parmi eux, seuls les 200 ayant participé aux formations du réseau ou de FMC ont été sollicités.

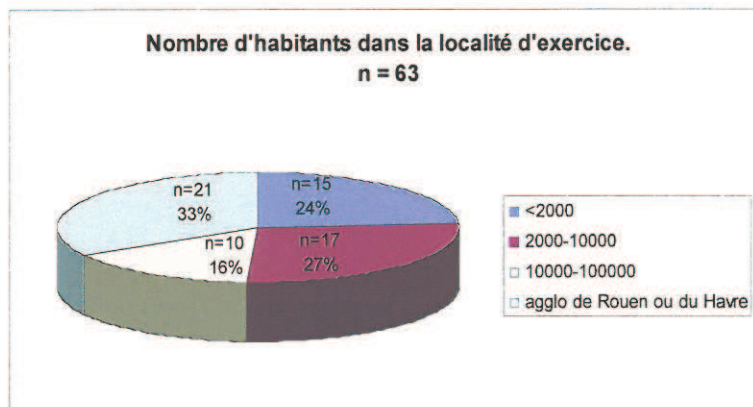


Le graphique suivant précise la proportion de professionnels libéraux membres du réseau ayant répondu à notre enquête.

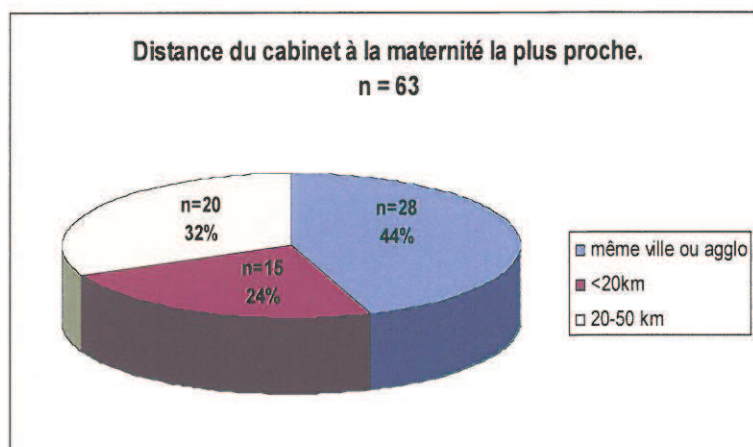


- Question n° 2 : la localité d'exercice.

Deux professionnels n'ont pas répondu à cette question, ceux sont les mêmes qui n'ont pas répondu aux questions n°3, 4 et 5. Ils expliquent ces non-réponses par le fait qu'ils ne possèdent pas de cabinet fixe mais effectuent des remplacements.

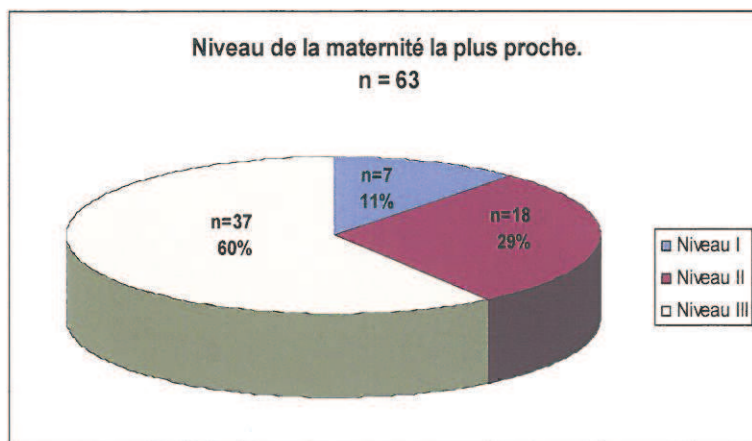


- Question n° 3 : la maternité la plus proche du cabinet.

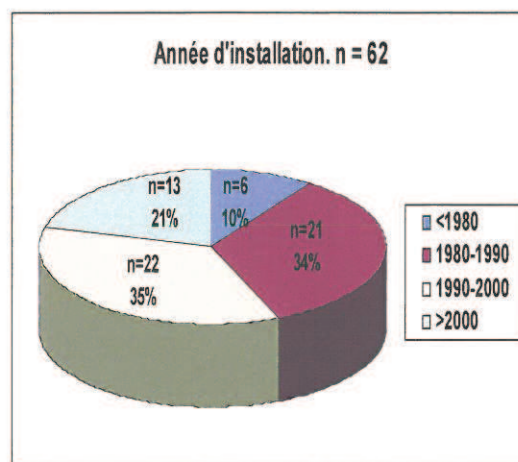
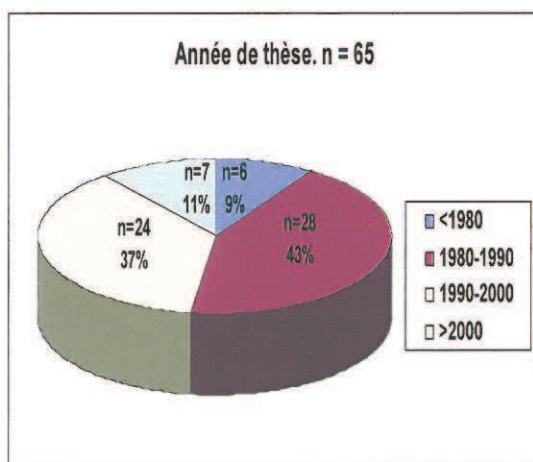


Aucun professionnel n'exerce à plus de 50 km d'une maternité.

- Question n° 4 : le niveau de la maternité la plus proche.



- Question n° 5 : l'année de thèse et d'installation.

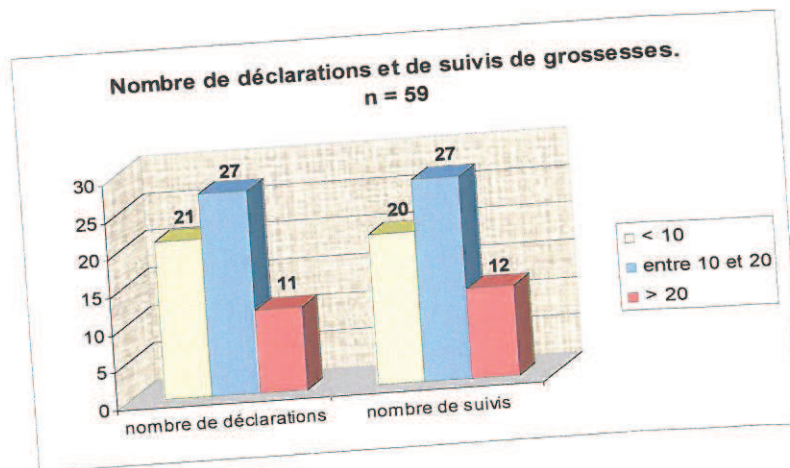


- Question n° 6 : l'activité de suivi des grossesses.

La totalité des professionnels interrogés (n = 65), qu'ils soient gynécologues ou médecins généralistes ont déclaré suivre des grossesses dans le cadre de leur activité au cours des 12 derniers mois.

- Questions n° 7 et 8 : le nombre de déclarations et de suivi de grossesses durant les 12 derniers mois.

Six médecins généralistes n'ont pas précisé le nombre de déclarations et de suivis de grossesses effectués durant cette période.

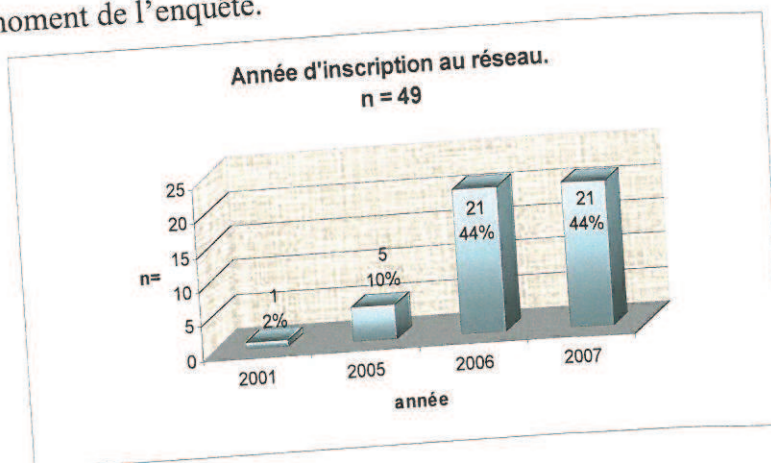


La moyenne de déclarations de grossesse s'élève à 11 pour les médecins généralistes et à 80 pour les gynécologues médicaux sur les 12 derniers mois. En ce qui concerne les suivis de grossesses, la moyenne est à 10,5 pour les médecins généralistes contre 85 pour les gynécologues médicaux.

Le nombre de déclarations est comparable au nombre de suivi de grossesse ($p=0.967$ avec le test du chi 2).

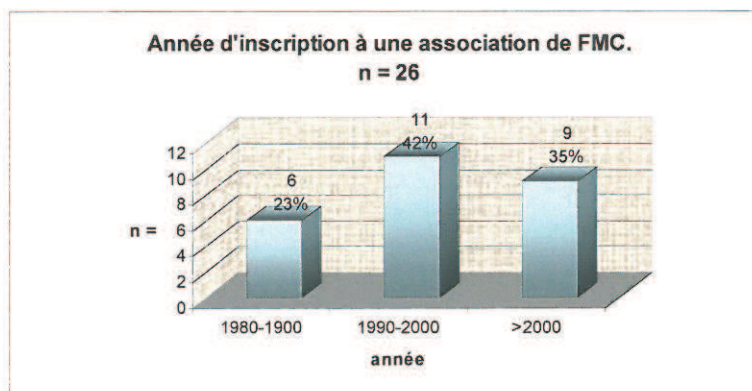
- Question n° 9 : appartenance au réseau.

Sur les 65 professionnels interrogés, 49 sont déjà adhérents au réseau périnatalité soit 75%. Un quart des professionnels n'avait donc pas encore formalisé leur adhésion au réseau au moment de l'enquête.



- Question n° 10 : appartenance à une association de FMC.

Les professionnels interrogés sont adhérents pour 57% d'entre eux à une association de F.M.C (soit n=37 dont 2 gynécologues).



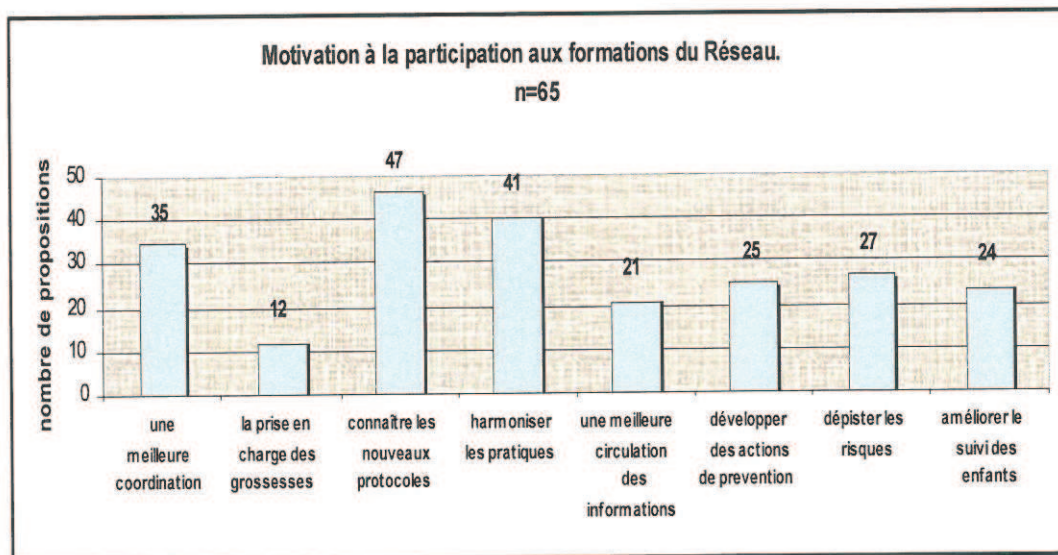
Sur les 37 professionnels faisant partie d'une association de FMC, 11 n'ont pas précisé depuis quand et 6 n'ont pas précisé laquelle.

Les associations citées sont les suivantes :

- ✓ MG Form (x3),
- ✓ ACME (x3),
- ✓ FMC de la Vallée du Cailly (x2),
- ✓ Club Méd. (x2),
- ✓ Hippocrate (x2),
- ✓ AMY Yvetot (x2),
- ✓ FMC des 2 rives, Groupe Lillebonne Bolbec Gravanchon, ACMH, FMC MG 27, Dieppe, TRAME Elbeuf, stages indemnisables médecine G., collège gynécol., association Austreberthe, FMCM, Arithmétique, Méditransf., APRD AJMRD, Val de Sâane, ACFM, Sérotonine, AMA, AMC.

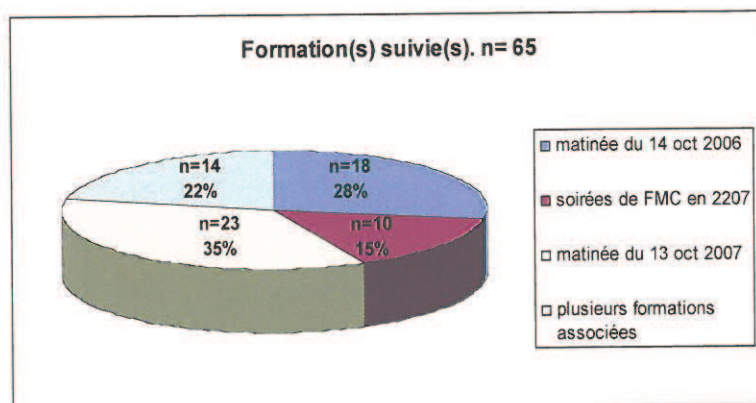
- Question n° 11 : les principales motivations à la participation aux formations.

Pour cette question, plusieurs réponses étaient possibles. Le graphique ci-dessous détaille la répartition des différentes motivations.



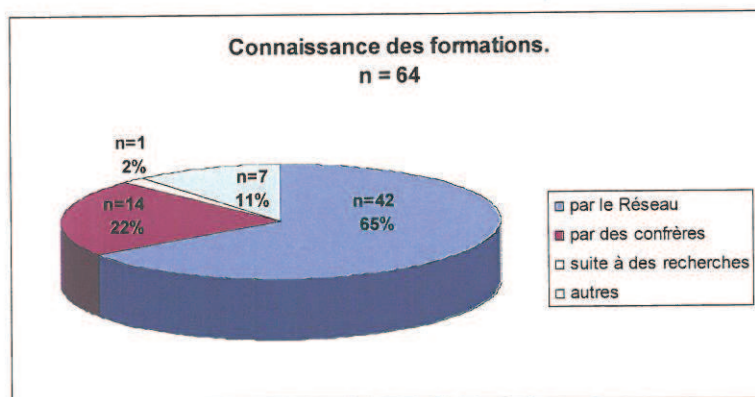
3.4 DEUXIEME PARTIE : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION.

- Question n° 12 : les formations suivies.



- Question n°13 : la connaissance de l'existence des formations.

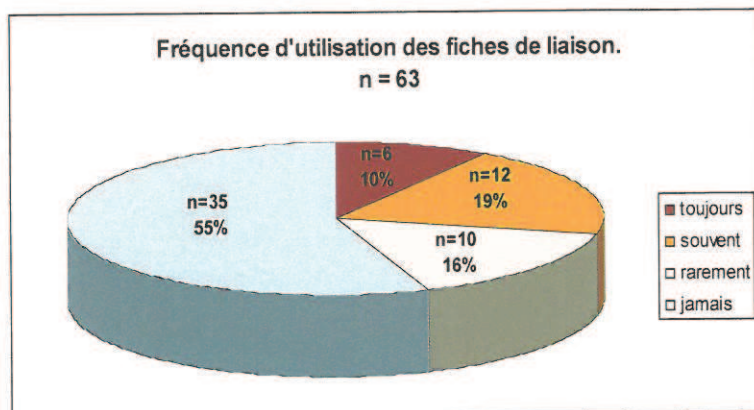
Un seul professionnel n'a pas donné de réponse à cette question.



Dans les autres propositions, nous avons retrouvé : le courrier, une invitation personnelle, un délégué médical, un laboratoire ou encore un programme de FMC et deux n'ont pas précisé.

- Question n° 14 : l'utilisation des fiches de suivi.

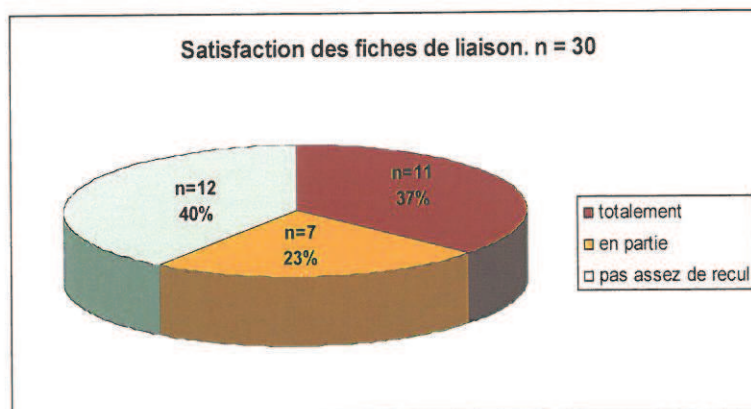
Deux professionnels ne se sont pas prononcés sur cette question.



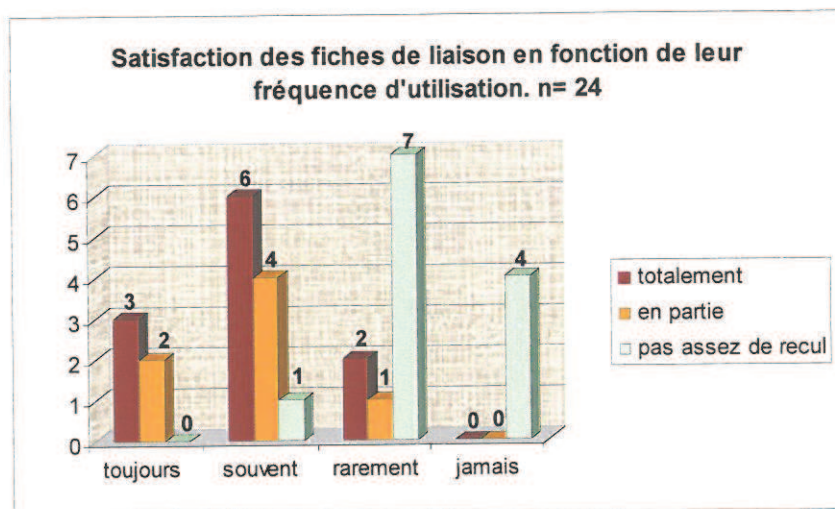
Parmi les 2 professionnels n'ayant pas répondu, un précise qu'il n'a pas encore obtenu ces fiches. Un autre ne les ayant jamais utilisées dit ne les avoir reçues que très récemment.

- Question n° 15 : la satisfaction des fiches.

35 professionnels n'ont pas donné de précision sur leur satisfaction des fiches de liaison. Parmi eux, 31 ne les ont jamais utilisées, un « toujours » et un « souvent ». Les deux professionnels n'ayant pas répondu à la question précédente ne l'ont pas fait non plus pour celle-ci.



Aucun professionnel n'a répondu n'être pas du tout satisfait des fiches de liaison.



- Question n°16 : les attentes ou propositions pour ces fiches.

34 professionnels n'ont pas précisé s'ils avaient des attentes ou des propositions. Ceux sont les mêmes professionnels qui n'ont pas précisé leur satisfaction de ces fiches, hormis un qui répond ne pas avoir d'attente ou de propositions bien qu'il les utilise « souvent ».

Sur les 31 professionnels ayant répondu à cette question, 26% déclarent avoir des attentes ou des propositions pour ces fiches (soit n = 8) contre 74% qui n'en n'ont pas (n = 23). Ils ont proposé :

- ✓ De « systématiser leur utilisation qui reste exceptionnelle »,
- ✓ De « les obtenir pour les tester » (x2),
- ✓ De « limiter les abréviations »,
- ✓ De « mettre ces fiches sous format USB »,
- ✓ De les « réévaluer périodiquement »,
- ✓ « Qu'elles soient simplifiées »,
- ✓ De « notifier la sérologie HIV et le dépistage de la Trisomie 21 ».

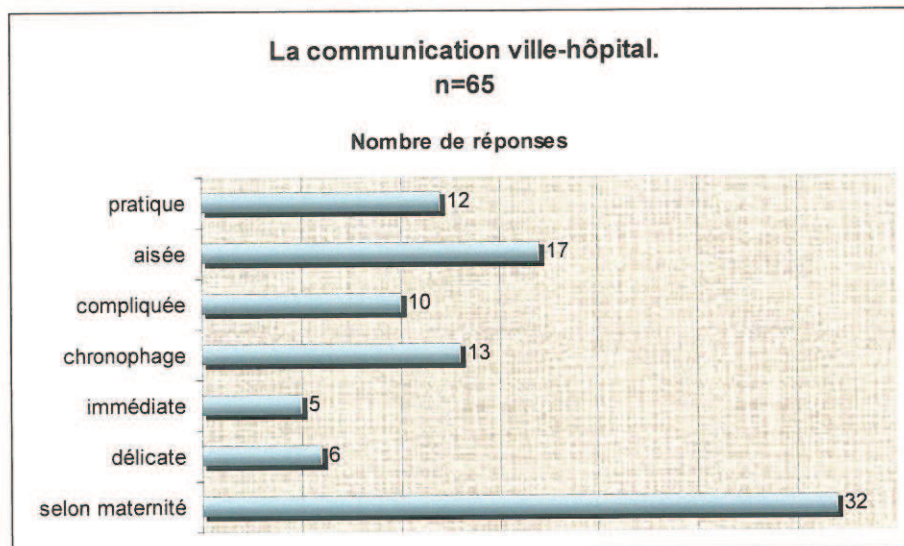
- Question n°17 : les formations futures envisagées.

Le taux de réponse à cette question est de 100% :

- ✓ 95% (n = 62) des médecins interrogés souhaitent suivre d'autres formations,
- ✓ Contre 5% (n = 3) qui ne le souhaitent pas.

3.5 TROISIEME PARTIE : LA COMMUNICATION VILLE-HOPITAL.

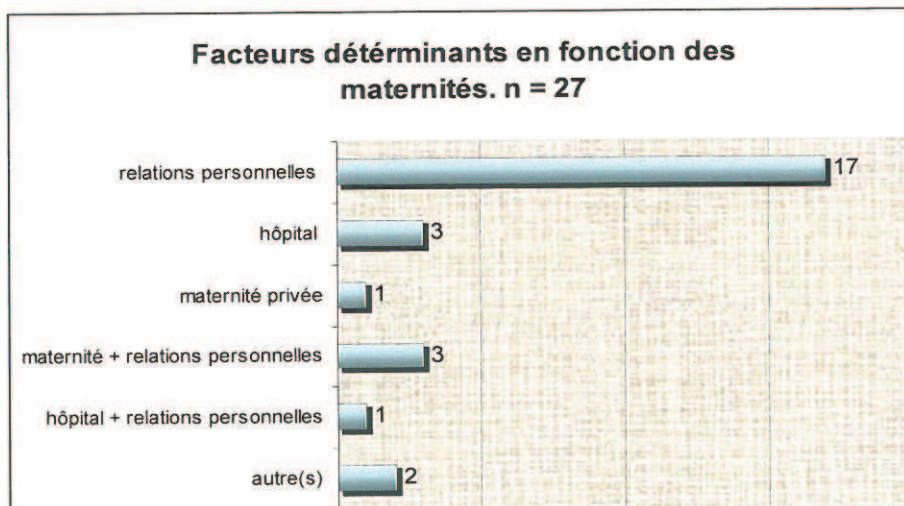
- Question n° 18 : la qualification de la communication entre ville et hôpital.



Pour certains :

- ✓ « la communication est quasi inexistante car peu de femmes sont suivies en réseau, notamment avec Vernon et Evreux »,
- ✓ « la communication est immédiate en situation d'urgence »,
- ✓ « la communication est quasi inexistante ».

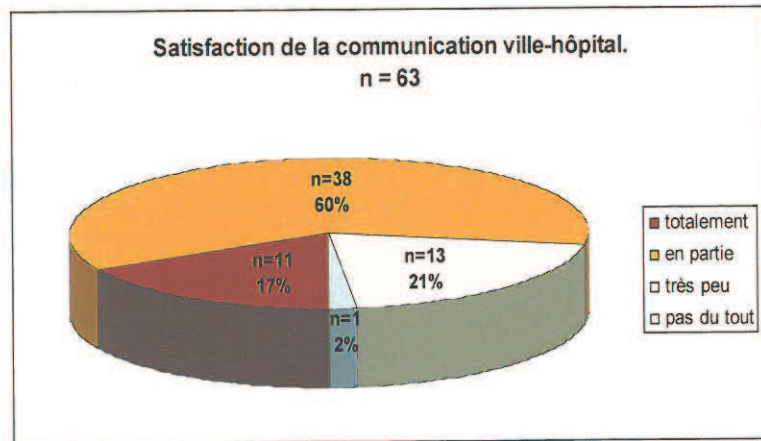
Le graphique ci-dessous précise les facteurs déterminants à la qualité de la communication lorsque les professionnels ont jugé que « cela dépendait des maternités ». 5 professionnels n'ont pas précisé leur choix.



Une autre proposition a été proposée à deux reprises : « La communication est plus difficile avec l'hôpital car moins accessible (problème de standard) ».

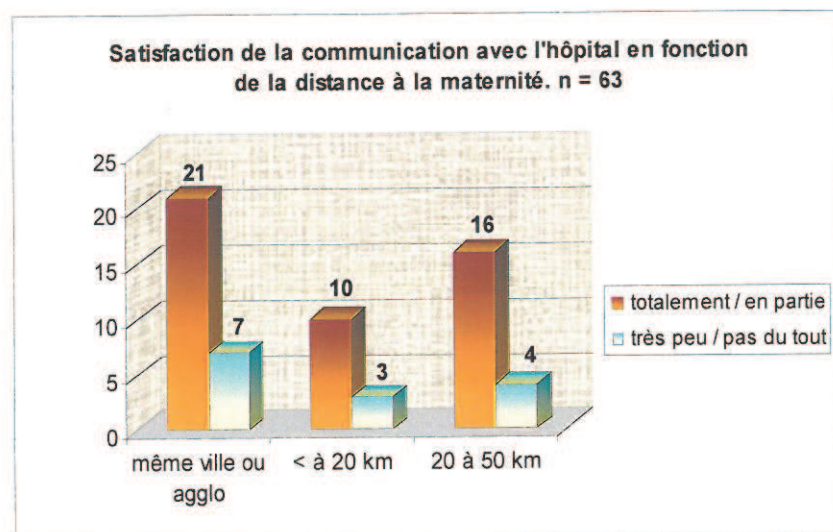
- Question n° 19 : la satisfaction de la communication ville-hôpital.

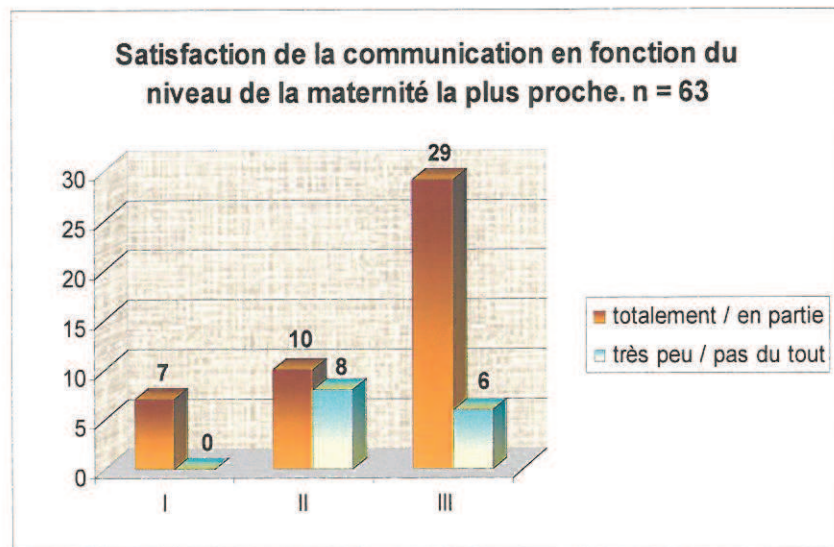
Deux professionnels ne se sont pas prononcés.



Un professionnel a précisé « qu'il était plus facile de joindre un obstétricien de garde pour avoir un avis que de joindre un obstétricien en particulier ».

Il n'existe pas de différence significative en ce qui concerne le niveau de satisfaction de la communication entre la ville et l'hôpital en fonction de la distance à la maternité la plus proche comme le montre le graphique ci-dessous ($p = 0.77$ avec le test de Fisher).



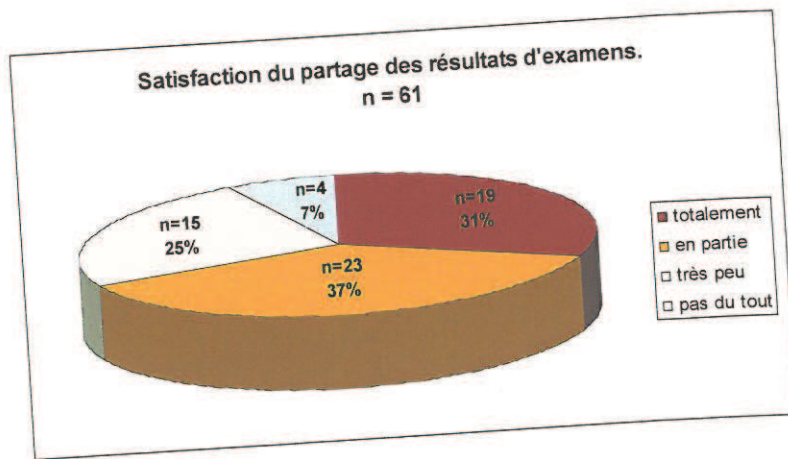


Il existe une **différence significative** de la satisfaction de la communication ville-hôpital en fonction du niveau de la maternité la plus proche du cabinet :

- ✓ La satisfaction est meilleure pour les professionnels les plus proches d'un niveau I que d'un niveau II : $p = 0.03$ avec le test de Fisher.
 - ✓ La satisfaction est meilleure pour les professionnels les plus proches d'un niveau III que d'un niveau II : $p = 0.03$ avec le test du χ^2 .
 - ✓ Pas de différence significative pour les plus proches d'un niveau I et d'un niveau III : $p = 0.23$ avec le test de Fisher.
- Question n° 20 : le partage des résultats d'examens complémentaires.

Cette question a suscité beaucoup de commentaires et de propositions (x11) :

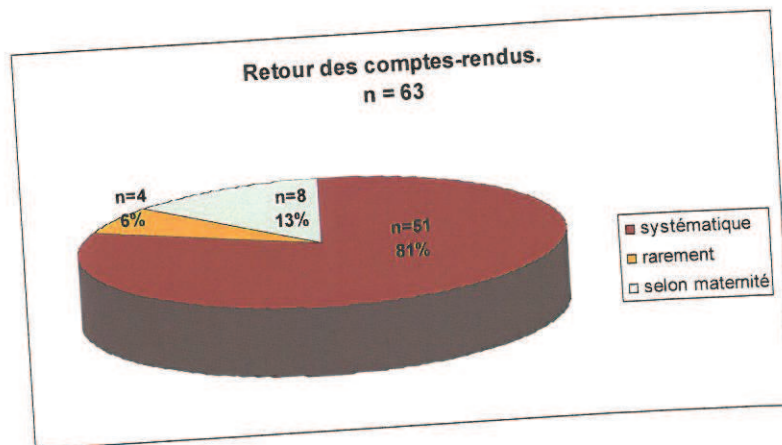
- ✓ « Les examens sont prescrits plusieurs fois par manque de communication et de partage d'informations entre la maternité et le médecin de ville » (x6),
- ✓ « Certains examens sont trop systématisés »,
- ✓ Un professionnel propose « d'harmoniser les pratiques et de communiquer »,
- ✓ Un autre de « fournir un double des examens au médecin de ville »,
- ✓ Un autre propose « un envoi par courrier électronique crypté »,
- ✓ « Un dossier commun ».



- Question n° 21 : le retour des comptes-rendus d'hospitalisation ou d'accouchement.

Deux professionnels ne se sont pas prononcés pour cette question.

Un a précisé que les comptes rendus d'accouchement ou d'hospitalisation étaient trop tardifs.



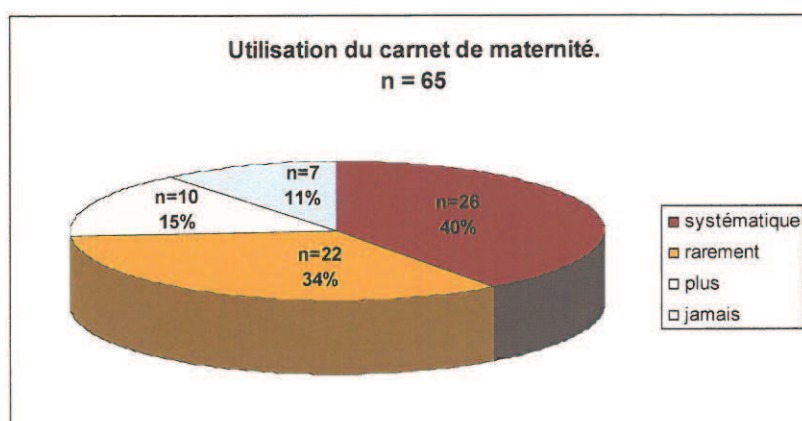
- Question n° 22 : les moyens de communication utilisés.

Un seul professionnel n'a pas répondu sur le mode le plus fréquent de communication.

La totalité des interrogés (n = 64) répondent communiquer avec l'hôpital uniquement par courrier.

Quatre ajoutent que les informations leur sont souvent apportées par la patiente elle-même.

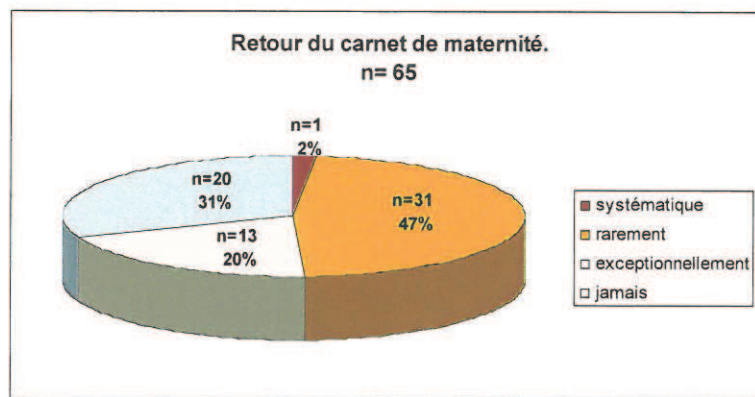
- Question n°23 : l'utilisation du carnet de maternité.



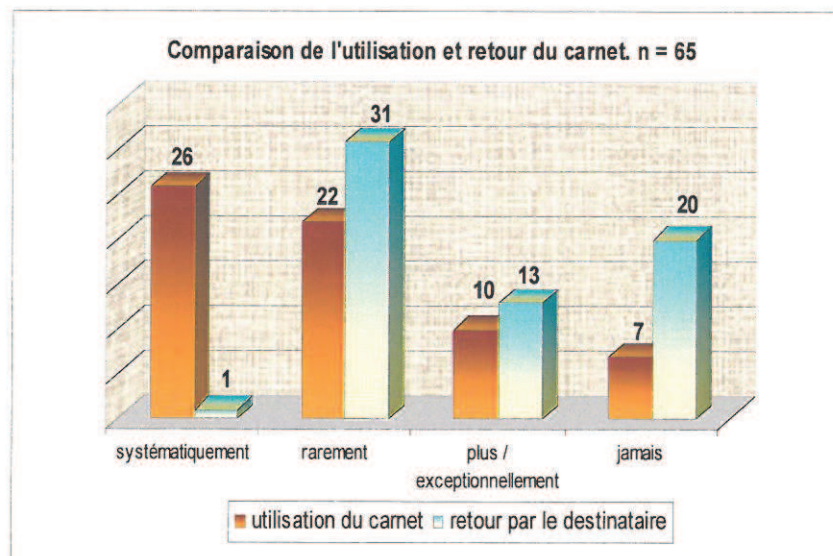
Beaucoup de précisions ont été faites à propos du carnet de maternité (x28), six idées principales ont été mises en avant :

- ✓ Sept utilisent leur propre fiche de suivi, soit sous forme papier (x2) soit d'un logiciel informatique personnel (x5) dont une copie est remise à la patiente. Parmi eux, un seul utilise le carnet systématiquement, trois rarement, deux ne l'utilisent plus et un ne l'utilise jamais.
- ✓ Six précisent que le carnet n'est pas présenté par la femme ou non envoyé par la sécurité sociale. Parmi eux, aucun ne le remplit systématiquement, deux l'utilisent rarement, trois ne l'utilisent plus et un ne le remplit jamais.
- ✓ Cinq le trouvent trop compliqué ou trop redondant avec les autres certificats et avec l'informatique. Trois l'utilisent rarement et deux ne l'utilisent plus dont un précise qu'il conseille aux femmes d'en lire le contenu.
- ✓ Quatre le remplissent systématiquement malgré qu'il ne soit « jamais utilisé ou lu par les maternités ».
- ✓ Trois précisent l'utiliser systématiquement lorsque la patiente le leur présente.
- ✓ Trois le trouvent très pratique et complet. Un médecin généraliste précise qu'il est le seul outil officiel pour le moment en attendant le DMP et qu'il permet de classer d'autres documents. Un autre précise qu'il l'utilise préférentiellement pour communiquer avec les sages-femmes de PMI et de maternité dans les situations de détresse ou pour partager des inquiétudes.

- Question n° 24 : l'utilisation du carnet par les correspondants.



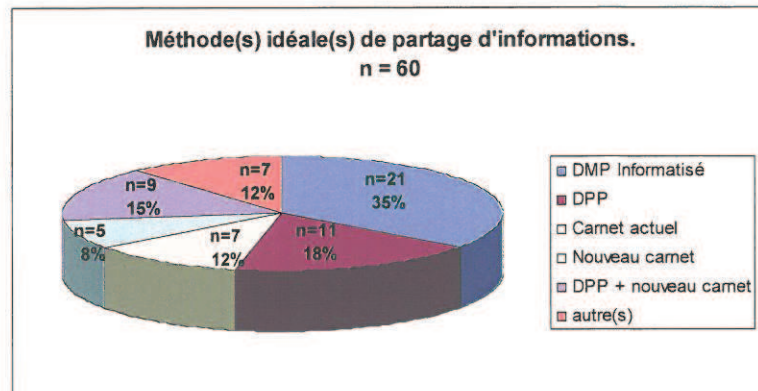
Il existe une **différence significative** entre l'utilisation du carnet et son utilisation par les correspondants comme le montre le graphique suivant. Avec le test de Fisher: $p= 0.032$.



Cette question a suscité 8 commentaires. Il a été précisé que :

- ✓ « Le carnet de maternité n'a d'intérêt que si tous les professionnels l'utilisent »,
- ✓ « Il ne comprend que la biologie et les échographies et aucune autre information clinique »,
- ✓ « Il est souvent incomplet ou mal rempli » (x3).
- ✓ « Je ne sais pas s'il est rempli : je ne le regarde pas ».
- ✓ « Le carnet est moins utilisé depuis l'informatisation des dossiers en maternité »
- ✓ « Le non partage nuit au suivi des grossesses ».

- Question n° 25 : les méthodes idéales de partage d'informations.

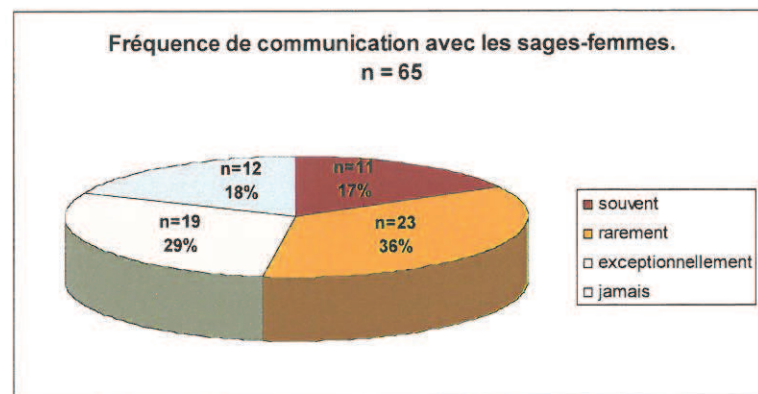


5 questionnaires n'ont pas été renseignés pour cette question.

Dans les propositions nous notons :

- ✓ Le dossier sous format de clé USB,
- ✓ Utiliser le carnet de maternité en attendant le DMP.
- ✓ Cinq n'ont pas précisé leur réponse «autre(s)».
- ✓ Deux précisent qu'ils ne connaissent pas le carnet de maternité sous sa nouvelle forme ou qu'il ne leur a pas été fourni.

- Question n° 26 : la communication avec les sages-femmes.

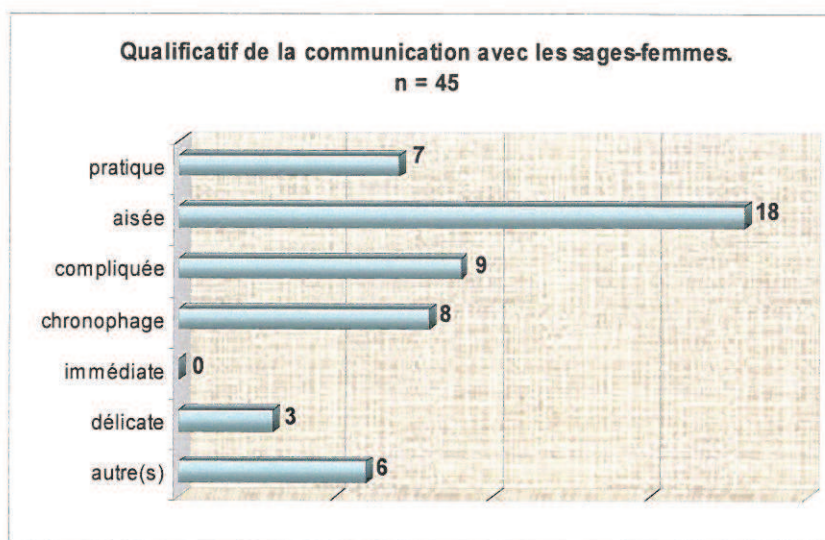


Pour deux interrogés, la communication avec les sages-femmes n'existe que dans les situations d'urgence.

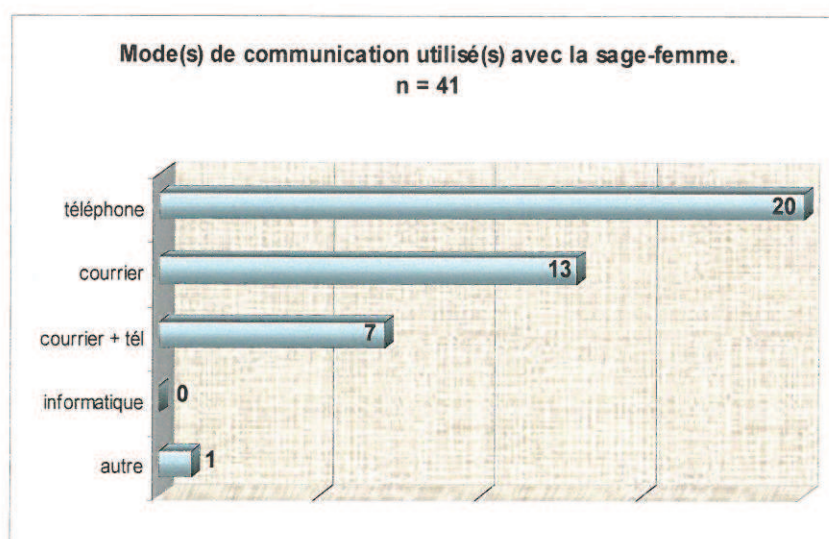
- Question n° 27 : qualificatif de la communication avec les sages-femmes.

20 professionnels n'ont pas répondu à cette question dont 10 ne communiquant jamais avec les sages-femmes, 7 exceptionnellement et 3 rarement.

Six professionnels ont précisé que la communication avec les sages-femmes était quasi inexistante à inexistante. Certains qualificatifs ont été associés.



- Question n° 28 : moyens de communication avec les sages-femmes.

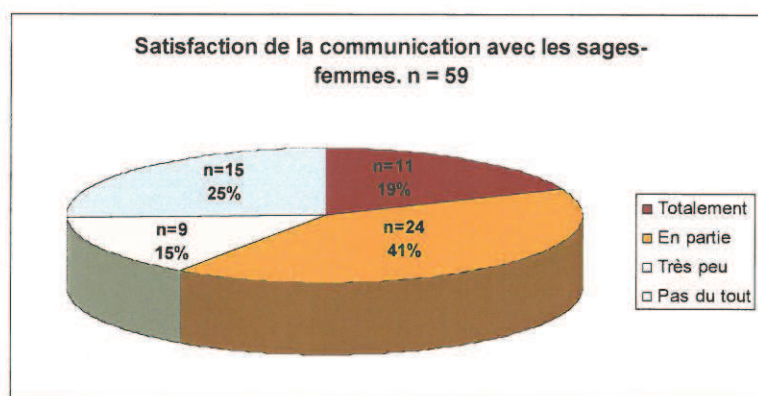


20 professionnels n'ont pas précisé le mode de communication le plus utilisé avec les sages-femmes. Parmi eux, 8 ne communiquent jamais avec les sages-femmes, 7 exceptionnellement et 5 rarement.

Trois précisent que la communication ne se fait que par l'intermédiaire de la patiente et quatre par le carnet de maternité.

- Question n° 29 : satisfaction de la communication avec les sages-femmes.

6 professionnels n'ont pas répondu dont 3 ne communiquant jamais avec les sages-femmes, 1 exceptionnellement et 2 rarement.



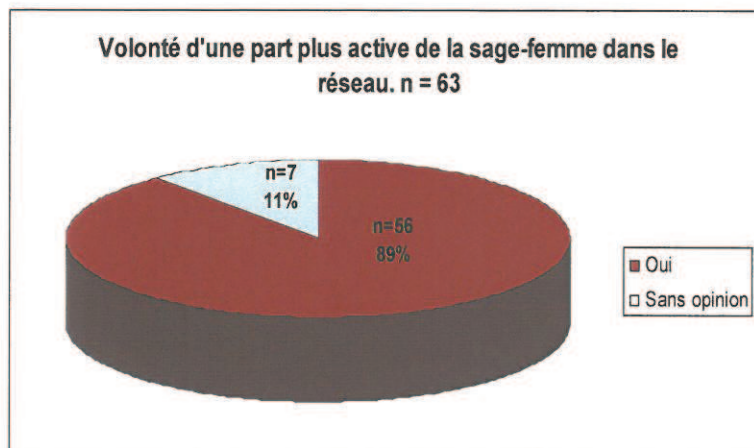
3 ont précisé que leur insatisfaction résultait d'une absence totale de communication.

2 ont précisé qu'elle était « ponctuelle mais enrichissante surtout pour demander conseil concernant les suites de couches ou les soins post-natals ».

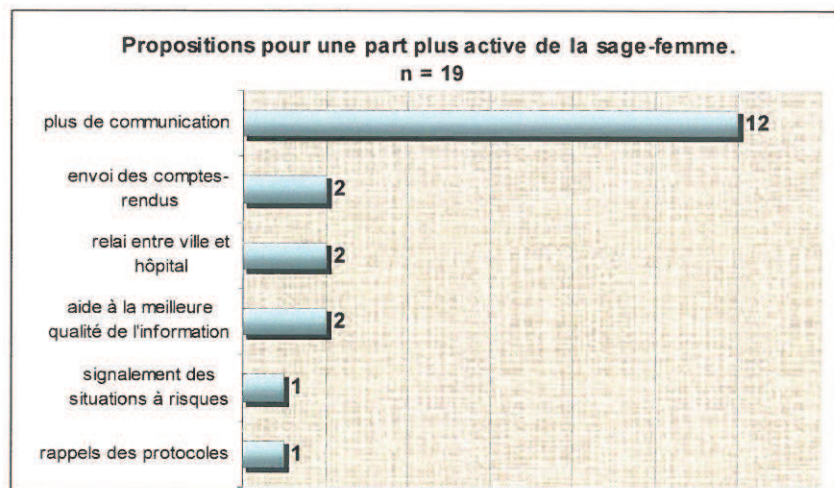
- Question n° 30 : volonté d'une part plus active de la sage-femme dans la communication.

Deux professionnels n'ont pas donné de réponses à cette question.

Il n'y a pas eu de réponse défavorable à une part plus active de la sage-femme dans la communication ville-hôpital.



20 professionnels ont précisé de quelle façon la sage-femme pourrait être plus active.

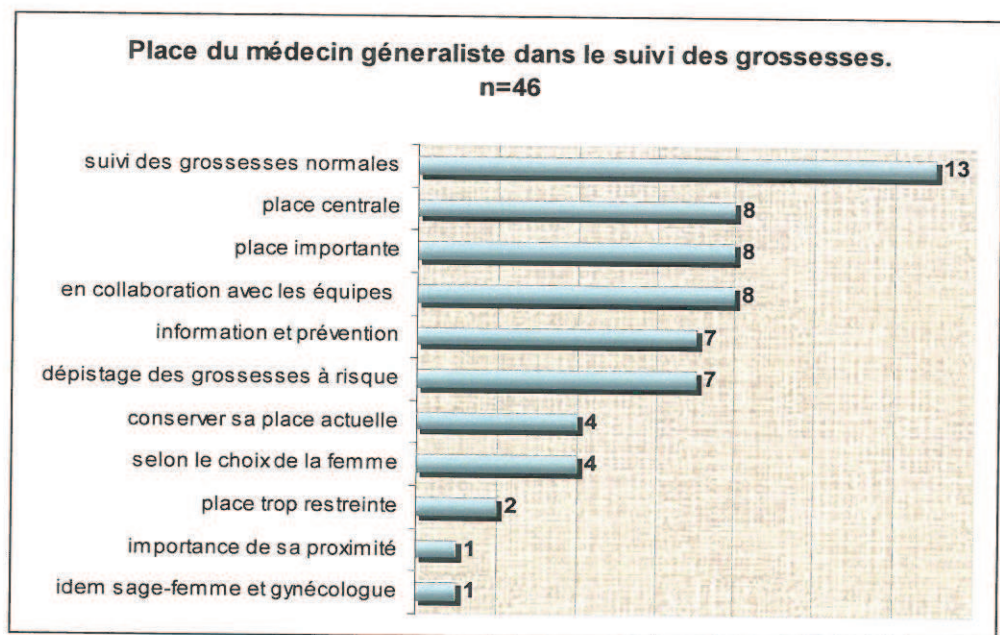


- ✓ « Plus de communication entre sages-femmes et médecins » : dont 6 via le carnet de maternité ; 3 par courrier notamment pour « faire parvenir ses noms et coordonnées lors de la prise en charge en commun d'une grossesse », ou encore pour informer des situations à risques ou pour faire parvenir les comptes-rendus de consultations ; 2 par téléphone et un par internet plutôt que par courrier.
- ✓ Deux soulignent l'importance de la « position de relais tenue par la sage-femme entre la ville et l'hôpital » et proposent une « meilleure continuité de suivi entre les sages-femmes libérales, territoriales et hospitalières ». Un d'entre eux souhaite une plus grande proportion de sages-femmes libérales.

3.6 QUESTIONS FACULTATIVES : la part de chaque acteur potentiel dans l'organisation globale du suivi des grossesses.

3.6.1 Selon vous, quelle est ou quelle devrait être la place du médecin traitant (MT) dans le suivi des grossesses ?

46 professionnels dont 4 gynécologues (soit 100% d'entre eux) et 42 généralistes (soit 69% d'entre eux) ont accepté de répondre à cette question. Nous notons donc un taux de réponses de 71%.



Quelques précisions peuvent être apportées.

✓ Place importante : « place prépondérante », « importante », « systématique », « confiance de la patiente envers le MT », « nous connaissons nos patientes en dehors de la grossesse et sommes souvent contactés en premier et disponibles rapidement dès qu'il y a un problème », « pivot car bonne connaissance des patientes ».

✓ Collaboration entre les équipes: « Une collaboration étroite avec les maternités et diffusion réciproque des informations », « Suivi conjoint pour les grossesses pathologiques », « Prise en charge pendant les 5-6 premiers mois puis relais en alternance », « Travail en équipe avec une bonne circulation de l'information : à mon avis DMP. », « Même s'il ne suit pas lui-même les grossesses de ses patientes, il devrait être tenu au courant de tous les événements survenus et des examens », « Place

prépondérante avec une collaboration étroite avec les maternités et diffusion réciproque des informations ».

✓ Informations, prévention: « Notre travail se situe aussi en amont de la grossesse: dépistage des risques, informations des jeunes femmes, le suivi en collaboration plus étroite avec la sage-femme, et suivi mère-enfant », « Information, prévention, surveillance mensuelle, lien privilégié avec la patiente et sa famille »,

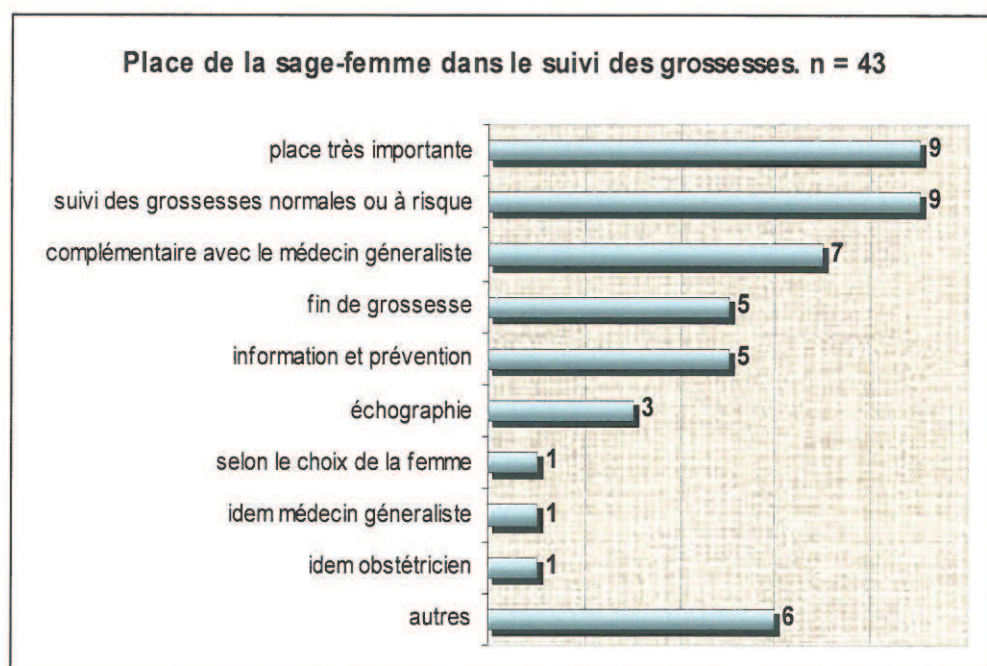
✓ « Proximité avec la femme, connaissance des antécédents et contexte, relation privilégiée favorisant le suivi global », « Par sa proximité, facilité d'avoir un rendez-vous avec lui, sa place est centrale mais reste insuffisante sans le concours des autres acteurs ».

✓ « Tout dépend du temps qu'il décide de consacrer à l'examen et à l'information de la patiente »

✓ « Médecin traitant = sage-femme = gynécologue = suivi des grossesses normales ou à risque » selon le choix de la patiente.

4.6.2 Celle de la Sage-femme ?

43 réponses ont été formulées soit un taux de réponses de 66% dont 4 gynécologues (100% d'entre eux) et 39 généralistes (64% d'entre eux). Certaines propositions ont été associées.



Quelques précisions peuvent-être apportées.

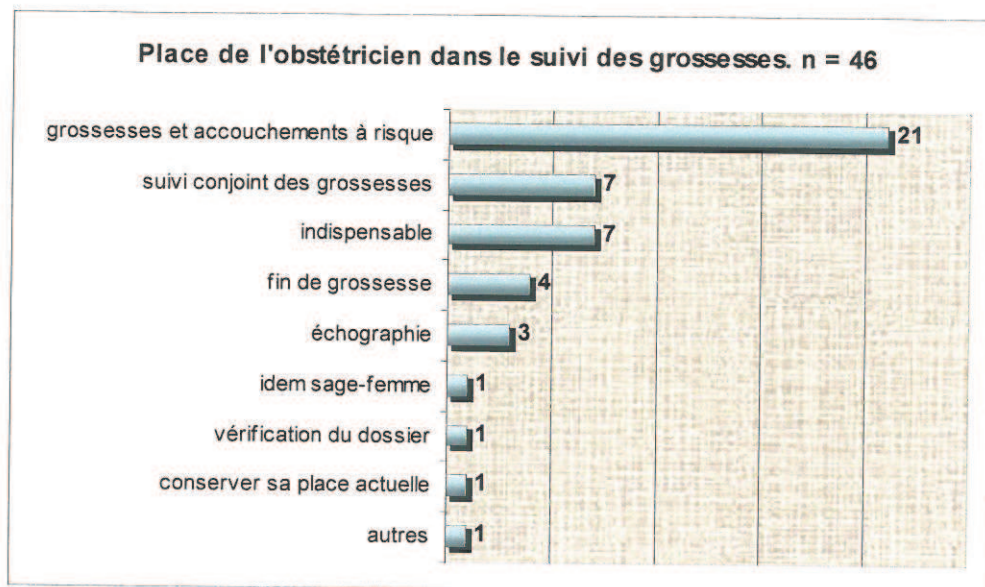
✓ Très importante : « indispensable pour sa disponibilité et sa compétence », « importante », « mise en confiance », « essentielle et majoritaire », « en consultation, elle semble remplacer le manque d'obstétricien », « La sage-femme peut suivre des grossesses simples, elle est plus proche et plus accessible que certains médecins (pour les patientes) », « nécessaire ».

✓ Suivi des grossesses normales ou à risque: « suivi des grossesses à risque à domicile, conseil, préparation à l'accouchement et conseils allaitement maternel, recours et conseil d'accompagnement pendant la grossesse », « en prenant sa place dans la communication, mais aussi la préparation du suivi post natal des futures mères », « suivi des fins de grossesses et préparation à l'accouchement », « surveillance des grossesses à risque », « surveillance particulière des grossesses à risque et derniers examens », « professionnelle de la maternité des femmes : médical et accompagnement », « Suivi de grossesses comme nous le faisons actuellement, éducation ».

✓ Autres propositions : « la place qui lui est actuellement attribuée c'est-à-dire rôle majeur mais avec une meilleure communication sage-femme/médecin de ville. », « La sage-femme a un rôle actif dans le suivi de la grossesse et devrait s'exprimer » ; « un peu coordinatrice (si elle met en place des protocoles) et interlocutrice privilégiée pour tout ce qui n'est pas pathologique » ; « dès que le MT dépiste une anomalie, la sage-femme intervient et juge de l'utilité d'une consultation plus approfondie » ; « premier contact avec la maternité, suivi 8^{ème} et 9^{ème} mois avec dépistage complications tardives » ; « peut augmenter » ; « plus d'accouchements à domicile ».

4.6.3 Celle de l'Obstétricien ?

100% des gynécologues (n=4) et 69% des généralistes (n=42) ont répondu à cette question soit 46 réponses formulées. Le taux de réponses s'élève à 71% (identique à la question sur la place du généraliste).



✓ Prise en charge des grossesses à risque et des accouchements difficiles: « si accouchement à risque, intervient en cas de problème, sa connaissance permet le suivi des grossesses pathologiques », « Suivi des grossesses à haut risque / avis spécialisés si besoin lors du suivi – intérêt d’avoir un interlocuteur bien identifié qui puisse être joint en cas de besoin. », « Grossesses à risque et accouchements difficiles », « rôle technique sur le bon déroulement de la grossesse et évaluation des risques de l'accouchement ».

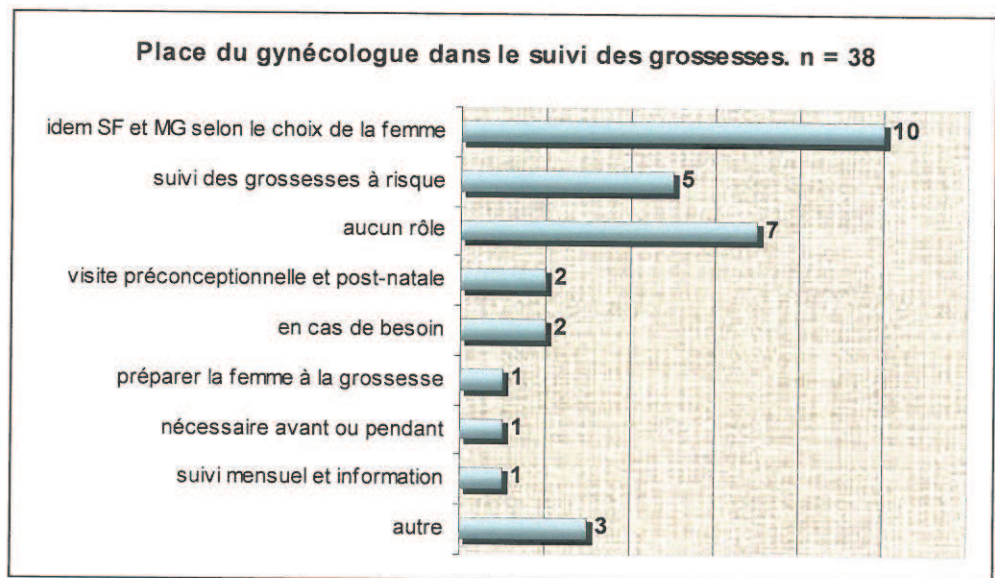
✓ Suivi conjoint des grossesses: « importance du suivi conjoint et relations étroites entre les médecins », « doit informer le MT du suivi », « envoi des comptes-rendus », « signalement des grossesses à suivre », « spécialiste des grossesses à risque et suivi conjoint des grossesses ».

✓ « Indispensable », « Incontournable si grossesse à problème notamment au 3^{ème} trimestre », « Le plus important », « Primordial », « Serait le chef de file primordiale », « Référent des grossesses pathologiques », « Indispensable au moins une fois pendant la grossesse et en cas de problème ».

✓ Autre : « malheureusement débordé il faut souvent insister pour obtenir un avis spécialisé mais quand le suivi est démarré, "tout roule" ».

4.6.4 Celle du Gynécologue ?

38 avis sur la place du gynécologue pendant la grossesse ont été formulés dont 4 gynécologues (100% de ceux-ci) et 34 généralistes (soit 56% d’entre eux). Le taux de réponses à cette question est de 58%.



✓ La même place que le médecin généraliste ou que la sage-femme selon le choix de la patiente: « comparable au généraliste », « suivi des grossesses à bas risque si les femmes préfèrent être suivies par un gynécologue de ville que par un généraliste ; intérêt dans le cas où son généraliste ne fait pas de suivi de grossesse ni de gynécologie », « aide et conseil si difficultés, suivi principal de la grossesse si désir de la patiente » « idem MT selon le choix de la patiente pour son suivi », « soit suivi par le gynécologue habituel soit par le MT : éviter le doublement des consultations ».

- ✓ « Je ne sais pas », « pas d'avis »,
- ✓ « Si problème gynécologique en rapport avec la gestation », « Mieux préparer la femme à la grossesse »,
- ✓ « Suivi mensuel, réponses aux questions de la patiente »,
- ✓ « Plus difficile à dire en raison des délais de rendez-vous. »,
- ✓ « Post celui de la sage-femme si besoin d'une consultation plus approfondie »,
- ✓ « Doit informer le MT du suivi ».

Il est intéressant de comparer l'avis des généralistes avec celui des quatre gynécologues :

- ✓ « Idem au MT car a connaissance lui aussi de la femme, écoute différente »,
- ✓ « Travailler avec les obstétriciens et sages-femmes en collaboration »,
- ✓ « Assistant important de l'obstétricien, serait le lieutenant. »,
- ✓ « Suivi des grossesses normales ou à risque ».

DISCUSSION

L'objectif de cette enquête était de recueillir l'opinion des professionnels sur les améliorations apportées par le fonctionnement en réseau sur le plan de la communication entre la ville et l'hôpital et sur le suivi des patientes.

Nous avons obtenu un taux de réponses de 32.5% (65 réponses sur 200 envois). Ce taux paraît satisfaisant en comparaison avec les données retrouvées dans la littérature. CZERNICHOW note un taux de réponses moyen de 10 à 25% pour ce genre d'enquête (3) et l'étude de satisfaction des professionnels du réseau AURORE a obtenu un taux de 39.7% (259 réponses sur 653 questionnaires distribués) (13). L'évaluation externe du réseau périnatalité en Région Haute-Normandie effectuée par l'Observatoire Régionale de la Santé en 2007 a, lui, obtenu un taux de réponses de 45% (179 sur 403 questionnaires distribués) (32).

La majorité des réponses ont été obtenues suite à la distribution des questionnaires lors de la formation du 13 octobre 2007. Cette distribution a permis d'expliquer directement aux professionnels les buts de cette enquête. Il a aussi permis un échange avec plusieurs d'entre eux sur le sujet. Les professionnels se sentent plus enclin à répondre lorsque le questionnaire leur est distribué au sortir d'une de ces formations plutôt qu'à distance. Ceci correspond aux données retrouvées dans la littérature (3).

Le faible taux de réponses par e-mail s'explique d'une part, après discussion avec les professionnels lors de la formation du 13 octobre 2007, par l'afflux par ce biais de courriers généralement « peu importants ». La plupart des e-mails jugés non prioritaires sont « envoyés à la corbeille » ou encore mis de côté pour une réponse différée. Le manque de temps est à prendre en compte. En effet, pour les professionnels ne désirant pas répondre, le manque de temps était la première cause de refus (cité à 7 reprises sur les 36 relances téléphoniques). La deuxième cause était le manque d'intérêt (cité à 5 reprises sur les 36). Pour 70.6% des professionnels du réseau AURORE (13) et 73.8% des professionnels interrogés par l'ORS (32), le manque de temps est aussi souligné car il constitue le premier frein à la participation au réseau. Ce facteur n'est donc pas négligeable, quelle que soit la région.

La majorité des professionnels ayant répondu sont des médecins généralistes. Ils constituent 80 % des professionnels libéraux appartenant au réseau. Il est important de

souligner que 4 des 7 gynécologues médicaux membres du réseau ont répondu au questionnaire.

Nous regrettons l'absence de sage-femme et de pédiatre. Il aurait été intéressant d'obtenir leurs opinions.

Par ailleurs, il existe une relative diversité dans les caractéristiques de la population ayant répondu à notre enquête. L'éloignement à la maternité la plus proche est variable et tous les types de localités d'exercice sont représentées : 52% des professionnels exercent dans une commune rurale ou isolée et 32 % sont éloignés de plus de 20 km à la maternité la plus proche. L'éloignement et l'isolement ne sont donc pas des freins à la participation aux formations du réseau peut-être sont-ils, au contraire, des motivations pour encourager et améliorer la communication et l'homogénéisation des pratiques. L'enquête du réseau AURORE a pu montrer de manière significative que la participation au réseau n'était pas liée à la situation géographique du professionnel (13). Même constat dans l'enquête de l'ORS puisque 20% des professionnels interrogés exercent dans le département de l'Eure (32) et donc plus éloignés du siège social situé à ROUEN.

Les professionnels libéraux mobilisés dans le réseau ont des durées d'exercice variées : 44% sont installés depuis plus de 20 ans et 56% le sont depuis moins de 20 ans. Nous avons pu observer que l'inscription à une association de FMC suit de très près l'année d'installation, le besoin de formation survient donc rapidement après le début de la carrière.

En ce qui concerne l'appartenance au réseau, près de 9 professionnels sur 10 y sont inscrits depuis 2006 ou 2007, années durant lesquelles ont eu lieu les formations. Ces informations montrent qu'elles ont eu une influence conséquente sur le développement du réseau et que leur mise en place correspondait aux attentes des professionnels de la périnatalité. L'enquête du réseau AURORE a montré que les formations constituaient, pour 90% des professionnels participants, la première motivation à leur inscription (13) et 60.5% dans l'enquête de l'ORS (32). Les formations sont donc le moteur de la participation au réseau.

La diffusion de l'information concernant l'existence des formations provient, pour 65% des professionnels, du réseau lui-même. Dans notre région, la promotion de ces formations par le réseau est donc primordiale à leur succès. Pour 22% des

répondants, les confrères constituent la source d'information principale. Dans le réseau AURORE, en revanche, la première source est constituée par les pairs à 46.7%, contre 10% par le réseau lui-même (13).

Trois motivations à la participation aux formations sont principalement représentées :

- ✓ La connaissance des nouveaux protocoles de soins pour 72% des répondants,
- ✓ L'harmonisation des pratiques pour 63%,
- ✓ La meilleure coordination entre les différents professionnels pour 54%.

Cela montre l'existence d'une véritable aspiration des professionnels vers la qualité du suivi et la coordination. La volonté des professionnels de participer à d'autres formations vient renforcer cette idée car 95% souhaitent renouveler cette expérience.

Un questionnaire d'évaluation de la satisfaction a été distribué aux participants à l'issue des journées de formation par les organisateurs du réseau. L'appréciation globale reposait sur l'organisation, le contenu, les supports pédagogiques ainsi que sur la documentation apportée. Les résultats sont très majoritairement positifs et ne font que confirmer l'enthousiasme des professionnels à y participer : 82% des participants à la matinée du 14 octobre 2006 sont "plutôt" à "très satisfaits", il en est de même pour 98% des participants à celle du 13 octobre 2007 (31). Ces formations répondent donc aux attentes des participants.

Par ailleurs, nous avons pu remarquer que « la meilleure circulation des informations » ne vient que tardivement dans les motivations pour y participer.

En ce qui concerne la communication entre la ville et l'hôpital, 8 professionnels sur 10 se disent satisfaits à différents degrés. Pour 92% des professionnels du réseau AURORE, la communication avec les autres professionnels doit être améliorée (13). Pour 68% des professionnels interrogés dans l'enquête de l'ORS, le renforcement des liens ville-hôpital est jugé nécessaire pour améliorer la prise en charge des grossesses dans notre région (32).

Même si elle dépend des maternités pour 49% des professionnels, le premier qualificatif de la communication retrouvé dans 26% des cas, est "aisée", puis « pratique » pour 20% d'entre eux. Néanmoins, ce sont les relations inter-personnelles

qui constituent un des facteurs déterminant de la qualité de l'information. L'accès à l'information semble donc ne pas dépendre des moyens mis en place par la maternité pour faciliter la communication.

L'enquête révèle néanmoins des difficultés concernant le partage des examens complémentaires, des comptes-rendus d'hospitalisation et du carnet de maternité. En effet, 32% des répondants ne sont pas satisfaits, à différents degrés, du partage des examens complémentaires, qui constituent pourtant un des éléments essentiels du suivi de la grossesse. Il en est de même pour les comptes-rendus d'hospitalisation ou d'accouchement : 19% ne les reçoivent pas systématiquement ou tardivement.

Malgré cela, les termes "aisée et pratique" peuvent être expliqués pour certains professionnels interrogés par le fait qu'ils ne rencontrent aucune difficulté à joindre ponctuellement un confrère hospitalier en cas d'urgence ou pour un avis obstétrical.

Le terme « chronophage » est retrouvé pour 20% des professionnels. Il trouve tout son sens dans la lecture des résultats concernant le carnet de maternité. En effet, l'opinion des professionnels est plutôt péjorative avec, notamment, le manque de réciprocité entre les différents professionnels qui semble être le frein majeur à son utilisation. Le « Plan périnatalité 2005-2007 » exposait déjà ces problèmes. Il révélait que ce carnet est redondant avec les autres dossiers médicaux ou certificats à remplir. En outre, les praticiens s'informatisent de plus en plus et les logiciels de suivi ne correspondent pas à ce carnet (24).

Il est intéressant de souligner que malgré ces remarques, le carnet de maternité, qu'il soit sous sa forme ancienne ou nouvelle, constitue pour un cinquième des professionnels, la méthode idéale de partage, auquel peuvent être ajoutés les professionnels qui souhaitent le voir associer au Dossier Périnatal Partagé (15%). Pour 53% des répondants, l'outil de communication idéal semble être représenté par les méthodes informatiques : 33% souhaitent voir se développer le Dossier Médical Partagé ou le Dossier Périnatal Partagé pour améliorer la communication entre les professionnels. Il a même été suggéré de mettre le dossier sous format de clé USB par l'un d'entre eux. Ce résultat illustre bien la volonté d'un système d'information nouveau : pour 33% d'entre eux, il existe une volonté de développement du DPP porté par le réseau. L'évaluation externe de l'ORS le confirme : un tiers des professionnels interrogés participe à l'élaboration du DPP et 26.2% trouve que le fait qu'il ne soit pas encore opérationnel est un frein à la participation au réseau (32).

La totalité des professionnels sondés indique que la communication ne se fait actuellement que par l'intermédiaire du courrier. Pour quatre d'entre eux, s'ajoute au courrier, les informations données par la patiente elle-même.

En ce qui concerne les fiches de liaison mises en place par le réseau, il semble que le manque de recul empêche, pour le moment, d'effectuer une évaluation précise de leur utilisation. En effet, 4 professionnels sur 10 estiment ne pas avoir assez de recul. Après une année de mise en circulation, les professionnels les ayant déjà utilisées semblent cependant en être assez satisfaits (60% le sont totalement ou en partie).

Ces éléments permettent de souligner l'intérêt des professionnels pour ces nouvelles méthodes de partage et d'homogénéisation des pratiques.

La communication avec la sage-femme est comparable à celle décrite antérieurement. En effet, les qualificatifs qui ont été le plus majoritairement cités sont « aisée » (40%), « chronophage » (18%) puis « pratique » (18%) auxquels s'ajoute, en revanche, le terme « compliquée » qui n'était que très peu cité précédemment. Les opinions sont donc assez variables car ces qualificatifs s'opposent. Le fait qu'elle soit pratique et aisée l'emporte majoritairement (58%).

Au total, 60% s'estiment plutôt satisfaits de celle-ci.

La qualité des échanges semble donc les satisfaire. La quantité quant à elle, semble faire défaut : 47% ne communiquent que rarement ou exceptionnellement avec les sages-femmes. Il semblerait que cette communication soit ponctuelle : certains précisent n'avoir recours à une sage-femme que dans les cas d'urgence. Cette idée est renforcée par le fait que le téléphone est l'outil majoritairement utilisé et non pas le courrier.

De plus, la nécessité de l'information est mise en valeur car il existe une volonté quasi unanime des professionnels (95%) de voir la sage-femme s'investir davantage dans la communication entre la ville et l'hôpital.

Il est certes reconnu que regrouper des professionnels pour aboutir à un but commun est un exercice difficile. En effet, la multiplicité des acteurs et de leurs pratiques rend difficile la création de liens nouveaux. Cela implique une remise en cause de chacun à travers, notamment, une modification de ses propres habitudes de travail en lien avec la complémentarité avec les autres acteurs. C'est ce qu'a démontré Olivier

DELAHAIE dans une thèse de santé publique relative au fonctionnement du réseau « Onco-Normand » (30). En effet, il a montré que le frein majeur au développement du travail en réseau est constitué par la méfiance de certains acteurs, leur crainte de voir leur statut modifié. Ceci renforce la nécessité d'amener la discussion sur la représentativité de chacun.

D'après les professionnels interrogés, qui sont majoritairement des médecins généralistes, les rôles de chacun dans le suivi conjoint des grossesses semblent clairement définis. Ces questions étaient facultatives, cependant nous pouvons noter un taux moyen de réponses s'élevant à 66.5% : 71% pour la place du généraliste et de l'obstétricien, 66% pour celle de la sage-femme et 58% pour celle du gynécologue. Ce taux, satisfaisant pour des questions subsidiaires, montre bien l'importance et la volonté de définir le statut de chacun dans ce travail en réseau.

Les répondants soulignent majoritairement l'importance de ces quatre spécialités, chacune à des niveaux propres. Cependant, certaines pratiques se regroupent et la complémentarité de chacun est décrite comme essentielle.

Entre médecins généralistes et sages-femmes, les points communs retrouvés sont le suivi de grossesses normales, la prévention, l'information, les conseils, le dépistage et le suivi de grossesses pathologiques en collaboration avec l'obstétricien et l'équipe de la maternité. La proximité du médecin généraliste, sa connaissance de la patiente et du dossier est un élément non négligeable dans la qualité du suivi. Pour la sage-femme, s'ajoutent sa disponibilité, son rôle dans le suivi des fins de grossesse, dans la surveillance des grossesses à risque en collaboration avec l'obstétricien, dans le suivi à domicile, l'échographie, la préparation à la naissance.

Ces réponses nous ont aussi permis d'observer la bonne vision de la place de la sage-femme dans le système de soins. Personnel médical à compétence définie et encadrée, elle est formée pour assurer de façon autonome le suivi et l'accompagnement de la grossesse normale ainsi que la prise en charge de l'accouchement normal. Dans les grossesses à risque et la pathologie, la sage-femme est la collaboratrice du médecin et actrice d'un réseau de prise en charge coordonnée.

Le gynécologue semble avoir un rôle qui s'apparente à celui du généraliste et de la sage-femme auquel s'ajoute l'importance du suivi gynécologique régulier des femmes en dehors de la grossesse, les visites préconceptionnelles et post-natales.

Le rôle primordial de l'obstétricien est fortement souligné. Il est défini comme le référent lors de la découverte de pathologies et dans leur suivi auquel s'ajoute le suivi échographique.

Tout ce panel de compétences permet l'exercice facile du principe du libre choix de son praticien par la patiente, conformément à la loi du 4 mars 2002.

Les actions de chacun s'apparentent et s'entrecoupent parfois pouvant entraîner une ambiguïté ou une multiplicité des actes ou des consultations. Obtenir un consensus demande, au-delà des objectifs partagés et affichés comme tels, une modification profonde des habitudes de fonctionnement de chacun et un questionnement sur les intérêts en jeu tant pour la population ciblée que ceux de l'ensemble des intervenants.

Le suivi conjoint a pour but de permettre aux professionnels de suivre simultanément une femme, en accord avec leurs pairs et en combinant les rôles, sans confusion ni redondance. La communication entre tous est donc un point essentiel de l'harmonisation des suivis sur lequel il est important de continuer à travailler pour concrétiser les objectifs d'harmonisation du suivi des patientes et de leur enfant dans leur intérêt premier.

Le taux de réponses à cette enquête, bien que satisfaisant, ne permet pas de conclure sur la significativité des résultats exposés. Ils ne sont probablement pas représentatifs des opinions et pratiques de l'ensemble des professionnels libéraux œuvrant dans le champ de la périnatalité.

Néanmoins, nous avons pu voir que, pour qu'un réseau vive, il faut que chaque utilisateur y trouve un intérêt propre et que cet intérêt rejoigne un intérêt collectif. Pour cela, il est essentiel de continuer à proposer des formations continues aux professionnels, et notamment, celles en matinées qui remportent, à ce jour, un franc succès. De plus, le réseau doit encourager le dialogue entre les différents acteurs, par la promotion de son site internet qui est un élément important pour faciliter les échanges. Un annuaire contenant les adresses postales, téléphoniques et électroniques y est disponible pour les professionnels adhérents pour encourager et faciliter les liens (42).

Enfin, des éléments de communication doivent se développer. Les précurseurs, à ce jour, sont les fiches de liaison qui demandent encore à être évaluées ainsi que le Dossier Périnatal Partagé.

CONCLUSION

Par la mise en place de ses différentes actions, le Réseau de Périnatalité en Région Haute-Normandie tente de répondre aux objectifs des pouvoirs publics en matière d'amélioration du suivi des grossesses et du renforcement de la sécurité en périnatalité. Il répond également aux attentes des différents plans de périnatalité qui souhaitaient voir se développer le travail en réseau.

Les difficultés en termes d'offre de soins dans notre région, comme dans d'autres, poussent les réseaux à développer leurs actions. Du fait de la diminution du nombre des professionnels dans les prochaines années et de la stabilisation du nombre des naissances, la crise démographique médicale va tendre à s'accroître. Le réseau, dans ce contexte de périnatalité en Haute-Normandie, pourra probablement connaître, dans 10 ans, une modification de ses objectifs.

Aujourd'hui, l'enthousiasme et les motivations des professionnels répondants permettent de mettre en évidence l'adéquation de la mise en place des outils par le réseau avec leurs attentes. Les formations sont le moteur de la participation. Les réponses ont souligné des difficultés devant encore être surmontées, notamment le clivage existant entre la ville et l'hôpital et la difficulté de communication en l'absence d'outils actuels adaptés. La vision de la circulation des informations entre les acteurs, encore peu satisfaisante nous entraîne à nous questionner sur la création d'un outil permettant un échange efficace, réciproque et interactif entre les différents protagonistes. Les professionnels communiquent peu par les moyens modernes existants, le courrier est le principal outil utilisé. Pourtant, l'informatique apparaît comme la solution la plus attendue. Le réseau, par l'intermédiaire de la mise en place du Dossier Périnatal Partagé devrait permettre prochainement de faciliter les interactions.

La mise en place récente des fiches de liaison ne permet pas d'en évaluer objectivement, à ce jour, les impacts sur la pratique des professionnels et le suivi des femmes. Une évaluation différée semble donc nécessaire pour en prouver l'utilité.

Enfin, pour pouvoir évaluer le succès de ces outils et leur adéquation aux attentes des acteurs, l'appréciation de la vision des professionnels hospitaliers œuvrant dans le champ de la périnatalité serait indispensable et permettrait de comparer leurs opinions de la communication entre l'hôpital et la ville avec celles des libéraux.

La détermination de chacun est essentielle pour concrétiser les objectifs d'harmonisation du suivi des patientes et de leurs enfants :

« *En vérité, le chemin importe peu, la volonté d'arriver suffit à tout.* » Albert CAMUS (1913-1960).

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES :

1. BARRE S., EVIN C., FORE P-Y., HOUDARD L., LAROSE D., POUTOUT G., PTAKHINE E. - Traité pratique des réseaux de santé – PARIS – Berger Levrault – août 2005 – 455 pages.
2. BERCOT R., DE CONINCK F. – Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ? – PARIS - L'Harmattan – Collection « Logique Sociale » - juillet 2006 – 148 pages.
3. CZERNICHOW P., CHAPERON J., LE COUTOUR X. – Epidémiologie – Abrégés Connaissances et Pratique – PARIS – Masson – septembre 2001 – 443 pages.
4. HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE – Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville – La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité – RENNES - Edition ENSP - janvier 1994 - 255 pages.
5. MALICIER D. – Le secret médical : le dossier médical, la communication des pièces, les informations du malade. – PARIS – Editions Alexandre LACASSAGNE – Editions ESKA – avril 2004 – 143 pages.
6. Sous la coordination de MANCRET R-C. - Direction de la politique médicale – La constitution des réseaux de soins ville-hôpital – Les guides de l'AP HP – PARIS – doin éditeurs – éditions LAMARRE – octobre 2001 – 157 pages.
7. RUMEAU-ROUQUETTE C., DU MAZAUBRIN C., RABARISON Y. - Naître en France 10 ans d'évolution 1972-1981 - PARIS - doin éditeurs - les éditions INSERM - 1984 - 216 p – Collection Grandes enquêtes en santé publique et épidémiologie.

ARTICLES :

8. BLONDEL B., SUPERNANT K., du MAZAUBRUN C., BREART G. – « La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2003. Résultats des enquêtes

nationales périnatales - pour la coordination nationale des enquêtes nationales périnatales » - Journal de gynéco-obstétrique et biologie de la reproduction - juin 2006 - volume 35 n°4 - pages 373 à 387.

9. BOYER L. et coll. - « Une grille d'évaluation des réseaux de santé » - Journal d'économie médicale - décembre 2005 - volume 23 n°7-8 - pages 425 à 437.
10. « Conclusions des états généraux de la naissance Paris le 6 juin 2003 » - Journal de gynéco-obstétrique et biologie de la reproduction - 2003 - volume 32 n°7 - pages 599 à 605.
11. CORNILLOT F. - « Le réseau dans le champ de la santé et de la périnatalité. » - Les dossiers de l'obstétrique - janvier 2007 - n° 356 - pages 4 à 14.
12. DOLLE D., DONIN C., CAUDRELIER N. - « Les réseaux de soins en périnatalité : exemple du NORD-PAS-DE-CALAIS » - Technologie et santé - décembre 2005 - n°57 - pages 92 à 94.
13. DUPONT C. et al. - « Evaluation de l'intégration des professionnels au sein d'un réseau de périnatalité : enquête auprès de 653 professionnels du réseau AURORE. » - Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction - juin 2007 - n°36 - pages 375 à 383.
14. MAMELLE N. et col. - « Agir pour améliorer la santé périnatale à la lumière des résultats du réseau Sentinelle AUDIPOG » - Journal de gynéco-obstétrique et biologie de la reproduction - 2003 - volume 32 n°7 - pages 615 à 622.
15. MAMELLE N., DAVID S., LOMBRAIL P., ROZE J-C. - « Indicateurs et outils d'évaluation des réseaux de soins périnataux - Commentaires : l'importance d'une évaluation des réseaux de soins périnatales par BLONDEL B. » - Journal de gynéco- obstétrique et biologie de la reproduction - novembre 2001 - volume 30 n°7 - cahier 1 - pages 641 à 656.
16. MAMELLE N. et col. - AUDIPOG - « Informatisation et évaluation des réseaux périnataux » - Les dossiers de l'obstétrique - mai 2005 - n°338 - pages 31 à 36.

17. MAMELLE N. et col. – « La santé périnatale en 2002-2003, l'observatoire des pratiques médicales et résultats du réseau sentinelle Audipog. » – Gynécologie, Obstétrique et Fertilité - août 2004 – vol. 32 – hors série n°1 – pages 1 à 22.
18. MARIA B., DAUPTAIN G., GAUCHERAND P., COHEN H., VIGE P., BERTHET J., MURRAY J-M., SAINT LEGER S., SCHWETERLE F., STAMPF F., RACINET C. – « Accoucher et naître en France : propositions pour changer les naissances (communication aux états généraux de la naissance) » - Journal de gynéco-obstétrique et biologie de la reproduction - 2003 - volume 32 - n°7 - pages 606 à 616.
19. DE METZ C. – « La structure juridique des réseaux » - Les dossiers de l'obstétrique - mai 2005 - n°338 - pages 37 à 38.
20. MIGNOT S. – « Les premiers pas de l'évaluation des pratiques professionnelles. » - Profession sage-femme – février 2007 – n°132 – pages 4 et 5.
21. RICHARD-GUERROUDJ N. – « Réseaux périnataux : une nouvelle mission pour les sages-femmes. » – Profession sage-femme – février 2007 – n°132 – pages 36 à 38.

TEXTES OFFICIELS :

22. Cahier des charges nationales des réseaux de santé en périnatalité. – Ministère de la santé et des solidarités – mars 2006.
23. Code de déontologie de la sage-femme. – CODE DE LA SANTE PUBLIQUE - Partie législative, Quatrième partie, Livre Ier, Titre V – Modifié par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004.
24. PLAN « périnatalité » 2005-2007- Humanité, proximité, sécurité, qualité. PARIS 2004 - 42 pages - présenté par Philippe DOUSTE-BLAZY, Ministre de la Santé et de la Protection sociale le 10 novembre 2004.
25. Réseau de santé- GUIDE D'EVALUATION DE L'ANAES 2004.

26. Plan régionale de santé publique de Haute-Normandie - Préfecture de la région Haute-Normandie et DRASS de Haute-Normandie – mai 2006 - « VIVRE 100 ANS EN HAUTE-NORMANDIE 2005-2009 ».

27. Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006.

DOCUMENTS NON PUBLIES :

28. BAZERBES A. – Rôles, fonctions et taches du médecin généraliste au sein d'un réseau de périnatalité - Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine – LILLE 2 Faculté de médecine HENRI WAREMBOUG – octobre 2004.

29. CORNILLOT F. – La sage-femme et les réseaux de santé : vers de nouvelles missions. – Mémoire pour le diplôme de cadre sage-femme – Ecole de cadres sages-femmes de DIJON – 2005-2006.

30. DELAHAIE O. – Le réseau de soins « Onco-Normand » : d'un concept à un outil de planification. - D.E.S.S. Santé Publique - Ecole Nationale de Santé Publique - Universités Paris V, VI, VII, XI - Année 2000-2001.

31. LEVEQUE C. – Evaluation interne du R.P.H.N. – Résultats des questionnaires de satisfaction des matinées de formations du Réseau Périnatalité en Région Haute-Normandie - ROUEN – 2006-2007.

32. Observatoire Régionale de la Santé – Evaluation externe du réseau périnatalité en région Haute-Normandie - Période 2005-2007 – ROUEN – janvier 2008.

AUTRES SOURCES :

33. Ordre nationale des médecins, Conseil national de l'ordre, « Démographie médicale française, Situation au 1^{er} janvier 2006 » – étude n°39 – PARIS.

34. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES – Série statistique – Document de travail – « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2006 » - SICART D. - mai 2006 - n°97 - Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale - Ministère des solidarités, de la santé et de la famille.

35. Compte rendu de la 2^{ème} journée de médecine périnatale du 5 avril 2006 – EGO.
A – Société Française de Médecine Périnatale – Le carnet de maternité.

SITES INTERNET :

36. <http://www.ameli.fr> septembre 2007
37. <http://www.audipog.inserm.fr> juillet 2007
38. <http://www.parhtage.sante.fr> septembre 2007
39. <http://www.fnors.org> : septembre 2007. La mise à disposition des données repose sur un protocole d'accord entre 7 partenaires parmi lesquels on retrouve outre l'État et la Fnors, les trois régimes d'assurance maladie (Cnamts, CCMSA, Canam), l'Institut de veille sanitaire et l'Inserm.
40. <http://www.insee.fr> juillet 2007
41. <http://www.legifrance.gouv.fr> avril 2007, juillet 2007, septembre 2007.
42. <http://www.reseau-perinat-hn.com> avril, septembre novembre 2007, janvier 2008.
43. <http://www.sante.gouv.fr> avril 2007
44. <http://www.sfmp.net> septembre 2007

ANNEXES

Questionnaire

Ce questionnaire est relatif à une enquête du réseau Périnatalité vous concernant sur les formations au suivi conjoint des grossesses auxquelles vous avez participé (matinée et/ou soirées). La participation de chacun d'entre vous à cette enquête est essentielle pour la qualité de cette évaluation.

Pour répondre, il vous suffit de le compléter (seulement 10 minutes sont nécessaires) et de le renvoyer :

Soit par fax au 02.32.88.88.23

Soit par e-mail à l'adresse : odeline_sf@hotmail.fr

Soit par courrier chez Mlle DELARUE Adeline 24 rue des arpentis 76000 ROUEN.

Merci de votre participation.

Mlle DELARUE Adeline, étudiante sage-femme 4^{année} à ROUEN.

PREMIERE PARTIE : qui êtes-vous ?

NOM, Prénom (facultatif)

N.B: Ces renseignements ne seront pas utilisés lors de l'exploitation statistique, le traitement des données est anonyme.

1) Vous êtes :

- Généraliste
- Gynécologue-Obstétricien
- Gynécologue médical
- Pédiatre
- Sage-femme libérale
- Sage-femme en PMI
- Autre, précisez :
.....

2) Vous êtes installé :

- Dans une commune rurale de moins de 2000 habitants.
- Dans une commune isolée de 2000 à 10000 habitants.
- Dans une commune de 10000 à 100000 habitants.
- Dans l'agglomération de Rouen ou du Havre.
- Non renseigné.

3) La maternité la plus proche de votre cabinet est située :

- Dans la même ville ou agglomération.
- A moins de 20 km.
- Entre 20 et 50 km.
- A plus de 50 km.
- Non renseigné.

4) Il s'agit d'une maternité de niveau (si plusieurs maternités, prendre le niveau le plus élevé) :

- Niveau I (pas de service de néonatalogie dans l'établissement).
- Niveau II (service de néonatalogie sans réanimation néonatale).
- Niveau III (service de réanimation néonatale dans le même établissement).
- Non renseigné.

5a) Quelle est l'année de votre thèse ?

5b) celle de votre installation ?

6) Suivez-vous des grossesses ?

- Oui.
- Non.

7) Si oui, combien de déclarations de grossesse avez-vous effectuées ces 12 derniers mois ?

8) Combien de grossesses avez-vous suivies ces 12 derniers mois ?

9) Faites-vous partie du réseau Périnatalité en Haute-Normandie ?

- Oui. Si oui, depuis quand ?
- Non.

10) Faites-vous partie d'une association de Formation Médicale Continue ?

- Oui. Si oui, laquelle ?.....
- Non. depuis quand ?.....

11) Quelles étaient vos motivations pour participer à ces formations autour de la grossesse ? (plusieurs réponses possibles)

- Pour une meilleure coordination entre les différents professionnels de santé.
- Pour prendre ou reprendre une activité dans la prise en charge des grossesses.
- Pour avoir connaissance des nouveaux protocoles de soins.
- Pour harmoniser les pratiques.
- Pour une meilleure circulation des informations entre les professionnels.
- Pour développer des actions de prévention.
- Pour dépister les risques.
- Pour améliorer le suivi à long terme des enfants à risque.
- Autre(s) :

.....

DEUXIEME PARTIE : Questionnaire de Satisfaction

12) Vous avez participé à une ou des formations : (plusieurs réponses possibles)

- Le 14 Octobre 2006, « Rôle du médecin traitant dans le dépistage
 - Atelier n°1 : des facteurs de risque des futures grossesses »
 - Atelier n°2 : précoce des anomalies neurologiques du nourrisson »
- En soirées en 2007.
- Matinée du 13 octobre 2007 : « Hypertension et grossesse ».

13) Comment avez-vous pris connaissance de l'existence de ces formations ?

- Par le réseau Périnatalité
- Par des confrères.
- Après des recherches personnelles.
- Autre(s) :

.....

14) Avez-vous eu l'occasion de vous servir des fiches de suivi de grossesse (protocoles communs) ?

- Toujours.
- Souvent.
- Rarement.
- Jamais.

15) Si vous les avez utilisées, vous trouvez :

- Qu'elles conviennent totalement à vos attentes.
- Qu'elles conviennent en partie à vos attentes mais elles doivent être améliorées.
- Qu'elles ne conviennent pas du tout à vos attentes.
- Vous n'avez pas assez de recul.

16) Avez-vous des propositions ou des attentes particulières pour améliorer ces fiches de suivi de grossesse ?

- Oui
- Non
- Précisez :

.....

17) Souhaitez-vous participer à d'autres de ces formations ?

- Oui
- Non

TROISIEME PARTIE : la communication ville-hôpital.

18) Comment qualifieriez-vous la communication entre votre cabinet et les maternités : (plusieurs réponses possibles)

- Pratique
- Aisée
- Compliquée
- Chronophage
- Immédiate
- Délicate
- Cela dépend des maternités
- Si cela dépend des maternités, quels sont les facteurs déterminants pour la qualité de cette communication (plusieurs réponses possibles) :
 - Relation personnelle avec la structure, son personnel médical ou para médical
 - Hôpital
 - Maternité privée
 - Autre(s) facteur(s) :
.....

19) Actuellement, êtes-vous satisfait de la communication entre la ville et les maternités avec lesquelles vous correspondez?

- Oui, totalement.
- En partie.
- Très peu.
- Non, pas du tout.
- Précisez :

20) Etes-vous satisfaits du partage des résultats de laboratoires et autres examens complémentaires prescrits pendant la grossesse ?

- Oui, totalement.
- En partie.
- Très peu.
- Non, pas du tout.
- Précisez :

Si non, que proposeriez-vous pour l'améliorer?

.....
.....

21) Après une hospitalisation et/ou l'accouchement d'une de vos patientes, les comptes-rendus, vous : (plusieurs réponses possibles)

- Sont systématiquement adressés.
- Sont adressés uniquement sur demande.
- Parviennent rarement.
- Ne vous parviennent jamais.
- Cela dépend des maternités.
- Cela dépend de la gravité du cas.
- Autre(s) :
.....

22) Par quel(s) moyen(s) les informations vous parviennent-elles le plus souvent?

- Courrier
- Téléphone
- Informatique
- Autre(s) :

23) Le carnet de maternité :

- Vous l'utilisez systématiquement
- Vous l'utilisez rarement.
- Vous ne l'utilisez plus.
- Vous ne l'utilisez jamais.

Expliquez en quelques mots votre réponse :

.....
.....
.....

24) Vos correspondants remplissent-ils le carnet de maternité ?

- Systématiquement
- Rarement.
- Exceptionnellement
- Jamais.

Commentez votre réponse s'il y a lieu :

.....
.....

25) Quelle(s) serai(en)t pour vous la (les) méthode(s) idéale(s) pour le partage des informations et des dossiers entre la ville et l'hôpital ?

- Le Dossier Médical Partagé et informatisé.
- Le Dossier Périnatal Partagé utilisable par tous les membres du réseau dont la circulation est confiée à la patiente.
- Le carnet de maternité sous sa forme actuelle.
- Le carnet de maternité sous sa nouvelle forme
- Le Dossier Périnatal Partagé en complément du nouveau carnet de maternité.
- Autre(s) proposition(s) :

26) Vous arrive-t-il de partager des informations avec des sages-femmes ?

- Souvent.
- Rarement.
- Exceptionnellement.
- Jamais.

27) Si oui, comment qualifieriez-vous la communication entre vous et les sages-femmes? (plusieurs réponses possibles)

- Pratique
- Aisée
- Compliquée
- Chronophage
- Immédiate
- Délicate
- Autre(s) :

28) Par quel(s) moyen(s) le plus souvent?

- Courrier
- Téléphone
- Informatique
- Autre(s) :

29) Etes-vous satisfait de la communication, qu'elle existe ou non, entre vous et les sages-femmes ?

- Oui, totalement.
- En partie.
- Très peu.
- Non, pas du tout.
- Précisez :

.....
.....

30) En tant qu'actrice de la périnatalité, pensez-vous que la sage-femme puisse prendre une part plus active dans la communication ville-hôpital?

- Oui.
- Non.
- Sans opinion.
- Si oui, comment ?

.....

.....

.....

.....

.....

Questions facultatives sur la part de chaque acteur potentiel dans l'organisation globale du suivi des grossesses.

Selon vous, quelle est ou quelle devrait être la place du Médecin Traitant dans le suivi des grossesses ?

.....

.....

.....

.....

.....

Celle de la sage-femme ?

.....

.....

.....

.....

.....

Celle de l'obstétricien ?

.....

.....

.....

.....

.....

Celle du Gynécologue ?

.....

.....

.....

.....

.....

Merci de votre participation.

ANNEXES n° II

Lettre explicative accompagnant le questionnaire.



Président : Pr Jean-Paul LEMOINE
Vice-Président : Dr Jean GODARD
Trésorier : Dr Alain DIGUET
Trésorier adjoint : Dr Félix FAGGIANELLI
Secrétaire : Pr Stéphane MARRET
Secrétaire adjointe : Dr Jacqueline MADELINE

Coordinatrice : Catherine LÉVÊQUE
E-mail : Catherine.Leveque@chu-rouen.fr
Secrétaire : Sylvie GANGNON
E-mail : Secretariat.Reseau-Perinatalite@chu-rouen.fr
Service de Pédiatrie Néonatale et Réanimation
Hôpital Charles Nicolle - 1 rue de Germont
76031 Rouen Cedex
☎ : 02.32.88.01.24
Fax : 02.32.88.88.23
Site Internet : <http://www.reseaux-perinat-hn.org>

Destinataires :
Médecins ayant participé
aux formations du réseau
de périnatalité

Nos Réf. : 07/038

Rouen, le 10/09/2007

Madame, Monsieur,

Je suis étudiante sage-femme en dernière année au CHU de Rouen. Dans le cadre de mon travail de fin d'études, je me permets de vous solliciter.

Mon travail consiste à analyser la transmission des informations concernant la femme enceinte entre tous les acteurs de son suivi. Le Réseau Périnatalité en Région Haute-Normandie soutient mon projet et son vice-président le Dr Jean GODARD en a assuré la relecture. Je rédigerai un mémoire qui participera à l'évaluation des actions mises en place (formations aux médecins autour de la grossesse, fiches de suivi de grossesse et de liaison) par le Réseau dans le but d'améliorer la communication entre les différents professionnels de la naissance.

Cette enquête prospective sera réalisée à partir des questionnaires distribués aux médecins ayant suivi la formation du 14 octobre 2006 et à ceux ayant suivi les formations en soirées organisées par le réseau périnatalité. C'est pourquoi, je me permets de vous faire parvenir ce questionnaire.

Elle permettra d'évaluer l'impact des actions du réseau et d'optimiser les relations entre les différents professionnels autour de la naissance.

Je vous remercie infiniment pour les quelques instants que vous consacrerez à ce travail.

Avec mes respectueuses salutations.



Dr Jean GODARD



Adeline DELARUE
odeline_sf@hotmail.fr